



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

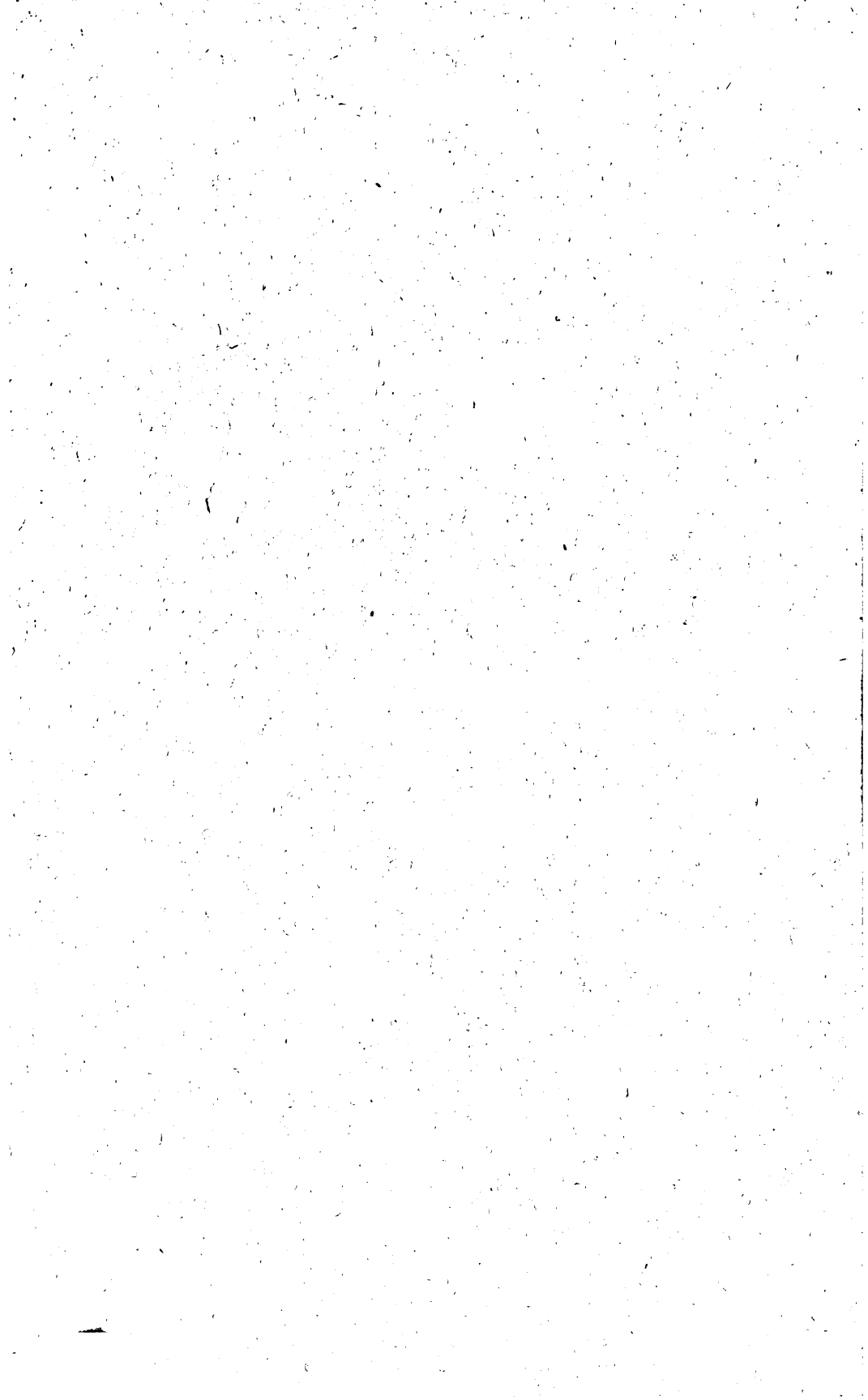
- + *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse <http://books.google.com>

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY





BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE

DE
HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

PAR
Le Docteur FIEUZA

MÉDECIN EN CHEF,
CHEVALIER DE LA LÉGIION D'HONNEUR.

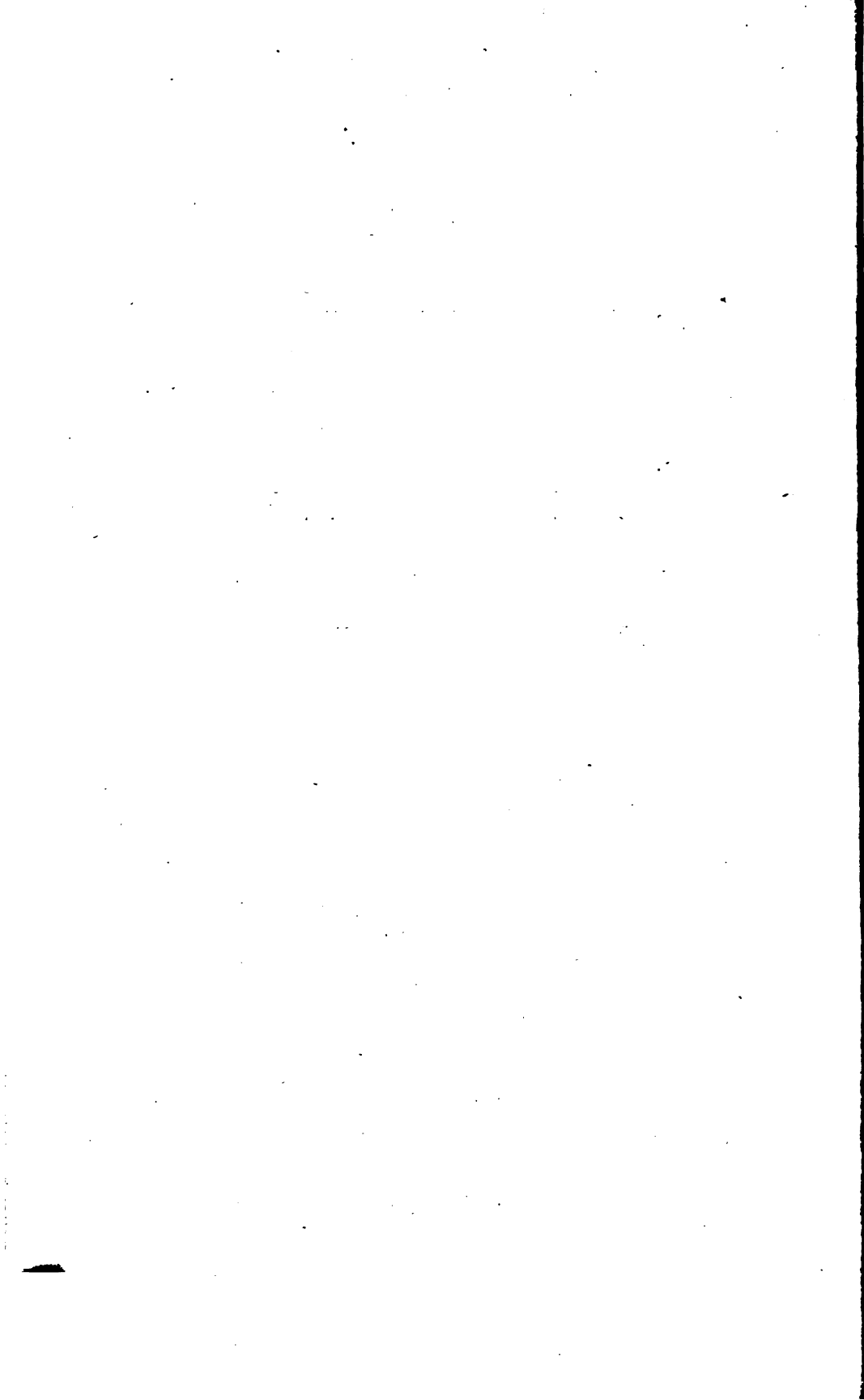
TOME PREMIER

N° 1

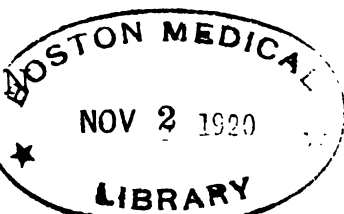
JANVIER-MARS 1883

PARIS
ADRIEN DELAHAYE ET E. LECROSNIER, ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1883



BULLETIN



DE LA

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE

DE L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

18839

AUX LECTEURS.

Malgré le nombre considérable d'organes, dont dispose l'oculistique en France, nous avons pensé qu'il y aurait avantage à ne pas laisser accumuler pendant plusieurs années, ainsi que nous y avons été contraints par les circonstances, les observations que notre pratique journalière nous permet de recueillir et, par conséquent, à faire paraître sous forme de bulletin périodique, les résultats de cette pratique quotidienne.

Le Bulletin de la Clinique, conçu d'après le plan de nos premières publications, sera la continuation des Comptes rendus que nous avons déjà publiés en 1876 et en 1879.

Il fera connaître tous les trois mois le mouvement des malades de la clinique et contiendra les renseignements indispensables relativement à l'admission à l'Hospice national et à la clinique des Quinze-Vingts.

Chacun de nos Bulletins renfermera un article de fond ou d'actualité sur une question d'ophtalmologie, des mé-

moires originaux dont le sujet sera puisé à notre clinique, un article de critique et de bibliographie, enfin, toutes les fois que ce sera possible, nous y ajouterons les dessins des préparations histologiques, faites au laboratoire.

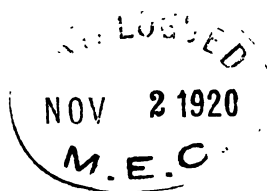
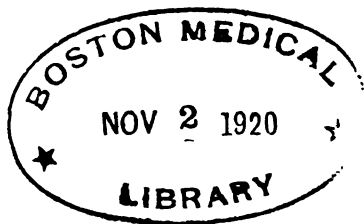
Ce sera en quelque sorte, comme un journal de bord, pour la rédaction duquel, chacun de nous, sera tenu de contribuer :

Le médecin en chef,

Le chef de clinique,

Le chef de laboratoire et les élèves du service.

Nous nous efforcerons de rendre ce recueil utile aux praticiens et nous espérons que l'abondance des matières, justifiant pleinement la création de notre Bulletin, lui assurera un long avenir.



HISTORIQUE DE LA CLINIQUE.

Depuis la publication de notre dernier compte rendu clinique, nous avons eu la bonne fortune de voir reconnaître, par les pouvoirs publics, la nécessité de fonder à l'hospice des Quinze-Vingts, qui avait été le point de départ de nos premiers travaux en oculistique, une Clinique nationale ophtalmologique, entretenue aux frais de l'Etat.

Déjà, dans notre premier compte rendu (1), nous appelions l'attention de la commission consultative de l'hospice, sur la manière, selon nous, défectueuse, dont elle comprenait l'emploi des revenus de la maison.

N'est-il pas regrettable, disions-nous, de continuer des errements qui ne permettent de secourir annuellement que 2,000 aveugles, sur 31,631, dont environ 25,000 indigents, et ne vaudrait-il pas mieux, au lieu d'épuiser tous les revenus en pensions insuffisantes, distribuées à un nombre infime d'aveugles indigents, procurer la guérison à ceux d'entre eux qui sont curables et diminuer d'autant le nombre des demandes de secours ?

Il n'est pas à craindre, ajoutions-nous, que, par ce moyen, les revenus de la maison soient détournés du but et de la destination qui a présidé à leur accumulation, car, quelque extension que prennent à l'avenir les soins donnés aux malades, atteints de maladies des yeux, il est malheureusement trop certain qu'il restera toujours plus d'aveugles incurables que les ressources de l'hospice n'en pourront secourir.

Le mieux serait donc de distribuer les secours sous forme de soins gratuits, et de restreindre le nombre des demandes, surtout si l'on songe que, parmi ceux qui sollicitent les secours, il y en a un grand nombre qui ne sont pas incurables et que l'on écarterait, en ouvrant à l'hospice une clinique où ils

(1) Delahaye. Paris, 1876.

pourraient être reçus pendant le temps nécessaire à leur traitement.

Prêchant d'exemple, nous avons ouvert à nos frais, en janvier 1873, un dispensaire de vingt lits, destinés à recevoir gratuitement les aveugles curables et indigents, qui venaient solliciter, pour leur admission à l'hospice, un certificat de cécité complète et incurable.

Dès la deuxième année, nous avons publié le compte rendu statistique des maladies observées et des opérations pratiquées à notre clinique particulière.

En 1878, nous avons publié le second et il est intéressant d'y suivre la progression, régulièrement croissante, des malades qui s'y sont présentés depuis sa fondation.

C'est ainsi que le chiffre des malades venus à la consultation s'est élevé :

En 1874 à.....	1,895
— 1875 à.....	2,733
— 1876 à....	3,178
— 1877 à.....	3,589
— 1878 à.....	4,033
— 1879 à.....	4,193
— 1880 à.....	4,837
— 1881 à.....	6,946
— 1882 à.....	7,146

Cela fait un total de 38,550 malades dans les dix premières années.

Comme on le voit, le chiffre des malades a toujours été en augmentant. Aussi, nous a-t-il été facile de présenter, dans un rapport motivé, les considérations décisives qui militaient en faveur de notre opinion, et nous a-t-il suffi, d'une part, de signaler à qui de droit les services rendus à la population du quartier et, d'autre part, de prouver par des chiffres et des faits que nous avons pu, dans mainte circonstance, rendre la vue à un certain nombre d'aveugles, venus à la consultation dans le but de réclamer un certificat de cécité complète, pour faire comprendre et approuver la demande que nous formulions dans ce rapport, de créer à l'hospice une clinique ophtalmologique.

Nous adressons nos plus vifs remerciements aux hommes

d'Etat qui, s'étant rendu compte de la justesse de notre demande, n'ont pas hésité à lui prêter leur appui.

Leur intervention, auprès de la commission du budget, nous a permis, dans un très court délai, d'obtenir de celle-ci la votation du crédit nécessaire, pour rendre exécutoire la proposition que nous avions cru devoir formuler.

Grâce à la coopération active et intelligente du nouveau directeur de l'hospice, les voies et moyens ont été rendus faciles, si bien que la proposition, votée par la commission du budget en 1879, a pu se réaliser dès 1880.

Un bâtiment, avec affectation spéciale, a été élevé par ses soins dans un des jardins de l'hospice, et nous avons pu en ouvrir les portes à la fin de décembre 1880 à tous les malades du territoire.

A partir de cette époque, tous les malades de notre dispensaire ont été dirigés sur la nouvelle clinique et ne pouvant, à cause du nombre toujours croissant des malades qui la fréquentent, continuer le mode de publication que nous avons adopté en 1875 et 1879 sous le titre de *Clinique des Quinze-Vingts et fragments d'ophtalmologie*, nous nous proposons de poursuivre dans ce bulletin la série arrêtée à décembre 1878. De cette façon, il n'y aura pas de lacune dans l'œuvre que nous avons entreprise, il y a dix ans.

Nous espérons que l'importance et le nombre des faits qui y seront rapportés n'échapperont à personne.

Nous ne sommes encore qu'au début de notre création et, malgré le surcroît de besogne qu'elle nous impose, nous nous félicitons d'avoir, pour mener à bien notre entreprise, mis à contribution de hautes influences, afin d'obtenir la réalisation d'un désir qui devait tout naturellement s'imposer à tout médecin chargé du service de l'hospice des Quinze-Vingts et que nul jusqu'ici n'avait réussi à effectuer.

Il ressort en effet du discours prononcé par l'éminent directeur, lors de la cérémonie de la pose de la première pierre, le 9 mai 1880, que la demande de la création à l'hospice d'une clinique de maladies des yeux avait été faite à peu près dans les mêmes termes que la nôtre, vers la fin du règne de Louis XVI, par le médecin en chef de l'éta-

blissement de cette époque. Lui aussi avait obtenu par lettres patentes la promesse d'une création du même genre ; mais cette promesse n'a jamais été réalisée et ce sera l'honneur du gouvernement de la République et des administrateurs que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer, d'avoir accepté la proposition que nous avons présentée et de l'avoir réalisée dans un aussi bref délai et dans d'aussi parfaites conditions.

RENSEIGNEMENTS SUR L'HOSPICE ET LA CLINIQUE.

L'hospice des Quinze-Vingts continue, comme par le passé, à servir des secours au plus grand nombre possible d'aveugles incurables et indigents de France.

Il en loge 300, d'où son antique dénomination de Quinze-Vingts ; enfin, grâce à la création de la Clinique, l'Etat prend désormais à sa charge les aveugles indigents curables, et les garde jusqu'à guérison ; si celle-ci ne peut être obtenue à l'aide d'une opération, l'aveugle reçoit un certificat qui lui permet de se faire inscrire pour la pension et qui le met sur les rangs, pour son admission à l'Hospice, à la première vacance.

Voici, du reste, tous les renseignements que nous sommes heureux de porter à la connaissance de nos confrères de Paris et de la province.

Ils trouveront, ci-après, la marche à suivre pour faire admettre, d'une part à la pension et à l'Hospice, les aveugles incurables, et d'autre part, à la Clinique, les aveugles curables du pays tout entier.

Methode à suivre pour faire admettre à l'hospice national des Quinze-Vingts un aveugle incurable.

But et destination de l'hospice. — Conditions d'admission. — Avantages dont jouissent les aveugles internes et externes.

L'Hospice des Quinze-Vingts a pour but de secourir des aveugles français, adultes et indigents, de l'un et l'autre sexe.

Les pensionnaires secourus se divisent en :

Pensionnaires *internes* et pensionnaires *externes*.

Les pensions externes se divisent en trois classes :

1^o Pension annuelle et viagère de 100 fr. ;

2^o id. de 150 fr. ;

3^o id. de 200 fr.

Les nominations, soit dans une des classes de secours annuels, soit dans l'Hospice, sont faites *par M. le Ministre de l'Intérieur, à qui doivent être adressées directement toutes les demandes.*

Pour être admis à recevoir les secours annuels, il faut :

1^o Être Français ;

2^o Être âgé de 21 ans au moins ;

3^o Justifier d'une cécité complète et incurable ;

4^o Être dans un état d'indigence dûment constaté.

A cet effet, la demande d'admission sera accompagnée des pièces suivantes :

1^o Extrait de naissance ;

2^o Certificat de cécité complète et incurable, délivré par un docteur en médecine désigné par le préfet ou sous-préfet du domicile du pétitionnaire ;

3^o Certificat d'indigence délivré par le maire de la commune, et dûment légalisé.

NOTA. — Vu l'indigence de l'aveugle, les deux dernières pièces peuvent être délivrées sur papier libre. — Les aveugles qui résident à Paris doivent fournir un certificat de cécité complète et incurable délivré par le médecin en chef de l'Hospice des Quinze-Vingts ; à cet effet ils peuvent se présenter à la visite qui a lieu les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, de 2 à 3 heures du soir, dans la salle de consultation de l'établissement, rue de Charenton, n^o 28.

Les secours attribués aux pensionnaires externes sont payés :

Pour les aveugles résidant à Paris, à la Caisse de l'Hospice ;

Pour ceux qui résident en province, à la Caisse du Percepteur de la circonscription.

Pour être admis à l'Hospice des Quinze-Vingts en qualité d'interne, il faut :

1^o Avoir fait successivement partie des deux classes de pen-

sionnaires externes à 100 et 150 fr., et être, au moment de la demande, dans la classe des pensionnaires externes à 200 fr.;

2° Etre âgé de 40 ans au moins.

Le conjoint et les enfants d'un aveugle interne peuvent demeurer avec lui dans l'Hospice.

Toutefois, les enfants du sexe masculin sont obligés d'en sortir à l'âge de 15 ans, et les filles à celui de 21 ans.

Tout aveugle admis à l'internat reçoit par jour :

1° 1 fr. 40 cent.;

2° 625 grammes de pain.

Les femmes d'aveugles reçoivent un secours de 0 fr. 30 c. par jour à tout âge ;

Les maris d'aveugles ne reçoivent ce secours qu'à l'âge de 60 ans ;

Chaque enfant, âgé de moins de 14 ans, reçoit un secours de 15 cent. par jour.

A partir de 14 ans, les enfants sont mis en apprentissage par les soins de l'Administration.

En cas de maladie, l'aveugle et son conjoint sont admis à l'infirmerie de l'Hospice et une retenue est faite sur leur allocation journalière.

Tout aveugle pensionnaire admis à venir résider à l'Hospice des Quinze-Vingts doit apporter avec lui *tout son mobilier (meubles, linge, etc.) ou l'argent indispensable pour se le procurer.*

Méthode à suivre pour faire admettre à la Clinique nationale un aveugle curable.

Tout malade à diriger sur la Clinique devra, par les soins du maire de la commune, transmettre au directeur de l'Hospice national des Quinze-Vingts, sous le couvert de M. le Ministre de l'intérieur :

1° Une demande indiquant ses nom, prénoms, âge et profession ;

2° Un certificat d'un docteur en médecine, désigné par le

maire de la commune, attestant l'état d'intégrité absolue ou relative des membranes profondes de l'œil et donnant aussi exactement que possible le diagnostic de la maladie. Ce certificat devra contenir en outre les renseignements relatifs à l'influence héréditaire ;

3° Un certificat d'indigence délivré par le maire de la commune et dûment légalisé.

Et s'il est opérable, il recevra du directeur un titre qui lui permettra d'obtenir, sur tous les chemins de fer, le parcours gratuit ou à demi-place.

MODÈLE DE CERTIFICAT DU DOCTEUR.

Nom			
Prénoms.			
Age.			
Domicile.			
Diagnostic. {	OEil droit.		
	OEil gauche		
		OEil droit.	OEil gauche.
Perception	Bonne.		
lumineuse. {	Médiocre.		
	Mauvaise.		
	Réduite en dedans. . .		
	— en haut.		
	— en bas.		

Renseignements sur la famille (hérédité, consanguinité), sur le début de la maladie, la santé générale, etc.

Nous donnons exceptionnellement dans le premier numéro de notre Bulletin des extraits du rapport que nous avons adressé à l'Administration à la fin du 1^{er} exercice en 1882, et portant sur l'ensemble des malades qui se sont présentés à la Clinique pendant l'année 1881; il démontre que le but visé par la création de la Clinique a été atteint dans la mesure du possible, dès la première année de son fonctionnement; aussi avons-nous pensé qu'il serait utile de faire dans notre recueil une reproduction partielle de ce travail encore inédit.

PREMIÈRE PARTIE.

1° *Description de la Clinique.* — L'Administration a annexé à l'Hospice sur l'emplacement d'un jardin, à 30 mètres de l'infirmierie, un bâtiment entièrement neuf élevé sur sous-sol, avec calorifère et composé d'un rez-de-chaussée et de deux étages. Le premier renferme vingt-cinq lits, le deuxième actuellement inoccupé pourrait en recevoir facilement et sans grands frais une trentaine.

Le bâtiment, qui se compose d'un corps et de deux ailes, est exposé aux quatre orientations.

L'aile gauche donne sur la rue Moreau, où se trouve l'entrée des malades qui arrivent, après avoir passé devant un employé qui les inscrit, dans une salle d'attente très spacieuse avec dégagement sur une cour garnie de bancs et de cabinets d'aisance.

La salle de consultation, dite salle de Clinique, où les malades sont introduits par ordre d'inscription et où ils sont examinés avant de se présenter devant le médecin en chef qui dicte le diagnostic et formule le traitement applicable à la maladie; dans cette pièce spacieuse, se trouvent les appareils pour mesurer l'acuité visuelle, la réfraction, le champ visuel, etc.

Dans une troisième salle, dite salle de réfraction, où se trouvent les tables pour l'examen des malades à la lampe, ainsi que les appareils relatifs aux recherches ophtalmoscopiques et à la découverte pratique du daltonisme, etc., se trouve temporairement le fauteuil dit d'opération, et c'est là, en attendant que la salle d'opérations, qui devait au début être une chambre pneumatique, soit restituée à sa première affectation, c'est là que se font toutes les opérations.

Cette pratique à laquelle nous sommes réduits par suite de l'essai que nous avons voulu tenter de nous servir pour l'anesthésie par le protoxyde d'azote sous pression, de la cloche

pneumatique du système du docteur Fontaine, n'est pas sans inconvénients graves pour ceux des malades qui, devant subir eux-mêmes une opération, assistent à celles qu'on pratique sur les autres. Mais ce n'est que temporairement que nous sommes privés de cette salle et nous espérons qu'une solution prochaine que nous appelons de tous nos vœux nous restituera la salle d'opérations.

Enfin une cinquième pièce, servant de cabinet pour le médecin, renferme une bibliothèque contenant des ouvrages de médecine et de chirurgie, des journaux, des atlas d'anatomie pathologique de l'œil, etc., à la disposition des élèves attachés au service.

Dans la salle d'attente se tiennent, à côté de l'entrée, la sœur préposée à la délivrance des médicaments et l'infirmier qui transmet la manière de les mettre en usage.

Telle est la partie du rez-de-chaussée affectée à la clinique; le tout chauffé et largement éclairé.

Dans l'aile droite et la partie symétrique du corps de bâtiment, se trouvent le laboratoire d'histologie, la salle d'hydrothérapie, et les salles de bains pour hommes et femmes. C'est là que nous envoyons, à moins de contre-indication, les malades arrivés de la province, et ce n'est pas toujours une précaution inutile.

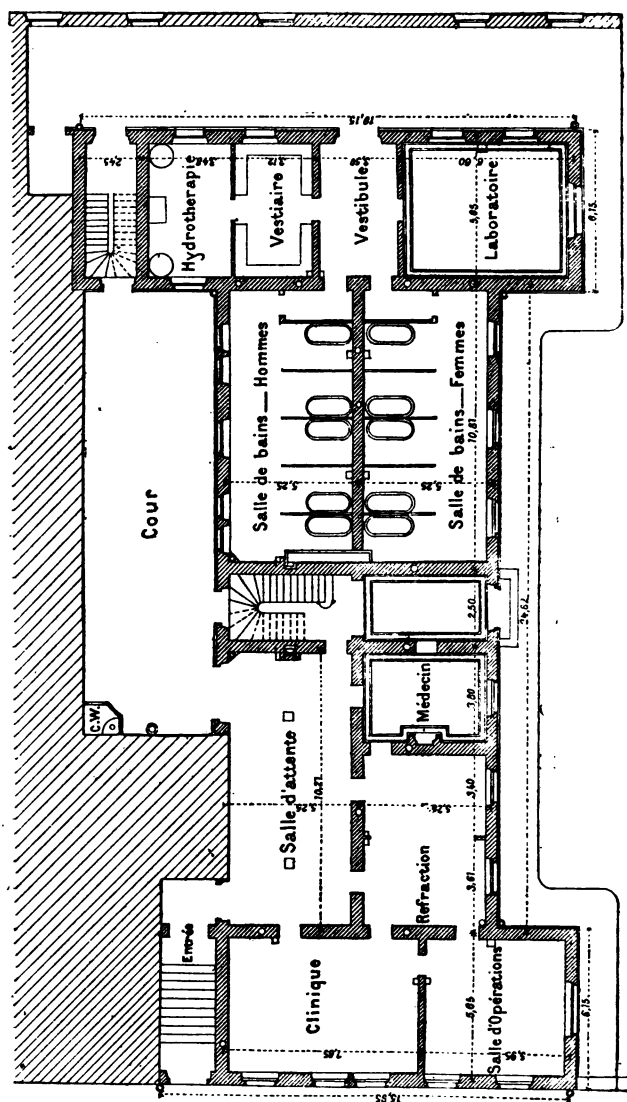
Au premier étage sont les chambres des malades à droite et à gauche d'un couloir qui traverse le bâtiment dans toute sa longueur.

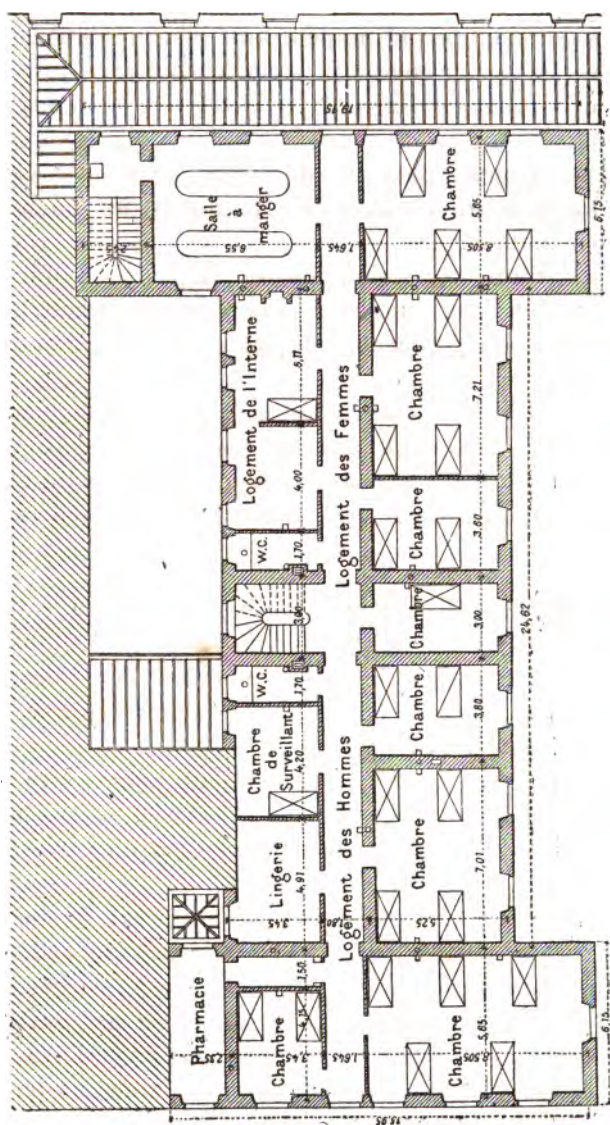
Il y a six chambres affectées aux malades; deux à deux lits, deux à quatre lits et deux à six lits.

En outre un lit supplémentaire est placé tantôt dans une pièce, tantôt dans l'autre, selon le besoin (par exemple, un enfant entrant à la clinique avec sa mère), ce qui porte à vingt-cinq le nombre des lits dont dispose la clinique.

Les baies des fenêtres sont garnies de carreaux teintés de bleu-cobalt, d'une teinte très douce à la vue.

Une grande salle destinée au réfectoire, desservie par une porte et un escalier spéciaux, sert de parloir et ne doit recevoir pour y prendre leurs repas que les opérés qui en ont reçu l'autorisation spéciale.





Nos opérés, en effet, ne doivent quitter leur chambre, pour prendre leur repas au réfectoire, que dans des cas déterminés. C'est là que sont reçus les parents des malades et que les opérés se rendent quand on peut sans inconvénient les autoriser à sortir de leur chambre. Dans le couloir s'ouvrent les portes des cabinets d'aisance, affectés aux hommes et aux femmes.

Un appartement pour le surveillant se trouve placé au milieu du bâtiment et sépare les chambres des hommes de celles des femmes.

Les chambres des infirmiers, la lingerie, un office pour faire chauffer l'eau, un local pour les médicaments et un appartement pour l'interne, complètent l'installation du premier étage.

Telle qu'elle est, cette installation présente de bien réels avantages sur celles qui, à notre connaissance, existent en France et à l'étranger et peut être donnée comme un modèle, pour l'affectation spéciale que nous avons cherché à réaliser.

Les aveugles de France s'élèvent, comme on sait, à un chiffre de 31,631, dont 25,000 environ sont indigents.

Ce chiffre renferme les curables et les incurables, car le décompte n'a jamais été fait entre ces deux catégories, pourtant si différentes, d'aveugles.

Les premiers, en effet, ne devraient jamais être portés comme candidats soit à la pension d'externe, soit à la place d'interne aux Quinze-Vingts et devraient être opérés, les seconds ayant seuls droit à la pension.

Mais un aveugle curable placé dans un point du territoire où ne se trouvent pas d'oculistes, ou bien ne pouvant dépenser les sommes même les plus minimes pour se faire soigner, n'en est pas moins digne de pitié ; aussi les certificats affirmant l'incurabilité, qui seule peut faire bénéficier l'aveugle de la pension, abondent-ils, quand il s'agit d'aveugles parfaitement curables ; or, il ne faut pas oublier que c'est au détriment des incurables, qui déjà ne peuvent être secourus, qu'est faite cette attestation de complaisance. Aussi est-ce pour compléter l'œuvre de bienfaisance, si généreusement entre-

prise par l'Hospice national des Quinze-Vingts, mais qui laissait forcément de côté les aveugles curables, que la clinique a été fondée.

Du reste il y a urgence extrême à diminuer le nombre des aveugles si l'on songe que sur les 25,000 indigents, que nous venons de signaler, 300 seulement sont reçus, logés et pensionnés à l'Hospice des Quinze-Vingts avec leurs femmes et leurs enfants, ce sont les internes ; et 1,750 sont appelés à toucher une pension de 100, 150 et 200 francs annuellement, ce sont les externes. Quant aux autres, qui forment de beaucoup le plus grand nombre, ce n'est qu'à mesure qu'il se produit un décès, qu'ils voient augmenter leurs chances d'être appelés à jouir des avantages constitués par la pension. Les neuf dixièmes, hélas ! meurent sans avoir touché cette terre promise, qui restera toujours limitée, quels que soient du reste les efforts qu'on tente pour lui donner de l'extension.

C'est précisément pour ces déshérités que la clinique est réservée ; elle ne demande pour les hospitaliser qu'une attestation de curabilité faite par le médecin de la localité. Or nous considérons comme curables *tous les aveugles qui ont conservé, malgré la perte de la vision, une bonne perception lumineuse ; c'est-à-dire que tout aveugle, placé dans une chambre obscure en face de deux bougies allumées, et pouvant, avec un seul œil dirigé entre les deux, distinguer, à la distance de deux mètres, les deux bougies séparées entre elles de un ou deux mètres, et placées alternativement dans le sens horizontal et dans le sens vertical, présente assez de chances de curabilité pour qu'il puisse être dirigé sur la clinique.*

La Clinique nationale, créée dans le but humanitaire de diminuer le nombre des aveugles de France, renferme 25 lits et se recrute parmi tous les aveugles de France et des colonies par l'intermédiaire des maires qui comme toujours sont saisis de la demande des personnes indigentes, atteintes de cécité. Un médecin de la localité constate la nature curable ou incurable de la cécité sur un certificat qui est envoyé à l'hospice et visé par le médecin en chef ; dans les cas douteux, celui-ci demande un supplément d'information ; au contraire

dans le cas où la curabilité de la cécité lui a paru suffisamment établie, l'administration s'occupe de faire arriver le malade à la clinique ; à cet effet elle s'est entendue avec les compagnies de chemins de fer qui ont bien voulu faire une concession de moitié dans le prix du transport, et une fois le malade arrivé à l'hospice, il y est hospitalisé aux frais de la Clinique et y séjourne défrayé de tout jusqu'à guérison soit de sa cécité, soit de la maladie qui avait légitimé son admission. Espérons que les Compagnies, appréciant l'importance du service rendu, feront bénéficier ces infortunés de la gratuité complète du parcours,

A ce moment le malade est rapatrié chez lui par les soins de l'administration, pourvu d'une instruction médicale lui indiquant les précautions qu'il doit prendre, le traitement approprié à son état et, jusqu'à un certain point, les moyens de subvenir à ses propres besoins : par exemple, les lunettes indispensables à tout opéré de cataracte ou bien la pièce d'émail destinée à remplacer le globe oculaire que la maladie a mis le chirurgien dans la nécessité d'enlever, et permettant à un ouvrier de se placer sans être comme avant l'opération un objet de répulsion, soit pour ses camarades, soit comme c'est trop souvent le cas, pour un chef d'atelier.

L'admission à la clinique se fait de deux façons : 1° par voie administrative ; c'est celle que je viens de faire connaître, et 2° par certificat d'urgence délivré à la clinique même par le médecin en chef.

Les malades admis d'urgence sont ceux qui, étant indigents ou assimilés, se présentent à la Clinique soit pour un accident survenu récemment et réclamant une intervention opératoire, soit même pour une cataracte ou toute autre maladie des yeux ayant amené le malade à la consultation.

Ces admissions ne peuvent toutefois avoir lieu sans que l'administration qui, de son côté, s'occupe de la province, soit mise au courant de ces propositions et ait donné un avis favorable.

Organisation de la consultation externe. — Nous avons cherché à organiser la consultation externe de façon, tout en

voyant les malades le plus complètement possible et en les contentant de notre mieux, à perdre avec eux le moins de temps et à tirer pour nous même le meilleur profit de leur passage à la Clinique. Voici dans ce double but comment nous procédons : tous les jours à midi les portes s'ouvrent pour l'admission des malades et ferment à sept heures environ ; les lundi et mercredi sont réservés pour les opérations.

A mesure de leur arrivée, les malades sont inscrits sur un registre à l'entrée, par un employé de l'Administration qui donne à chaque nouveau un petit carton représentant le numéro d'ordre. Ce carton matricule doit toujours être rapporté quand le malade revient à la consultation.

De plus une feuille d'observation est remplie par le même employé pour ce qui concerne le nom, l'âge, le domicile de l'inscrit, et remise sur le bureau de la salle de Clinique. Là, elle est prise par le chef de Clinique, par l'interne, ou par un des externes et remplie pour ce qui concerne l'observation du malade, le diagnostic et le traitement.

Lorsque les malades sont examinés, ils peuvent, s'ils le désirent, et pour éviter l'encombrement, être renvoyés par le chef de Clinique ou l'interne, si le diagnostic n'offre aucun doute, avec la recommandation de les faire venir ultérieurement pour passer à la visite du médecin en chef.

Le médecin en chef, à son arrivée, monte dans les chambres faire la visite des opérés et voit ensuite les malades dans l'ordre suivant :

Les nouveaux sont appelés par un élève de service qui lit l'observation et le diagnostic porté ; le médecin en chef fait, selon le cas, la rectification ou la confirmation du diagnostic porté, et indique le traitement que l'élève inscrit alors sur la feuille d'observation ; un autre élève explique la manière d'employer le médicament et délivre un carton qui est donné à la sœur. Celle-ci en échange donne le médicament et explique de nouveau la manière de l'employer.

Les cartons-observation sont classés ensuite par lettre alphabétique, de sorte que si un malade ancien oublie son numéro ou le perd, ce qui arrive très souvent, on n'a qu'à chercher son nom dans le classeur et on a de suite le moyen

d'ajouter les particularités présentées au cours du traitement.

Les anciens malades sont pointés à l'entrée par le même employé, de façon à nous renseigner jour par jour sur le nombre de malades passés à la Clinique.

Ils sont examinés aussitôt après les nouveaux et peuvent être vus à leur gré par le chef de Clinique ou par l'interne, ou attendre la visite du médecin en chef si cela est jugé nécessaire.

Les opérés sont inscrits en outre sur un registre spécial, et les observations qui les concernent sont inscrites en regard de leur nom avec les particularités offertes au cours de leur séjour à la Clinique.

Comme on le voit, tout a été disposé en vue de favoriser les recherches et de profiter du matériel que nous avons à notre disposition; et grâce à l'ordre et à la méthode qui règnent à la consultation, il nous est possible de visiter le nombre considérable de malades qui se présentent journellement à la Clinique.

Mais il ne suffit pas de donner aux malades des consultations, il faut qu'ils trouvent chez nous le médicament ordonné, car dans quelques cas heureusement exceptionnels, ainsi que nous en avons acquis la preuve, les ordonnances ne sont pas scrupuleusement remplies par les pharmaciens, et d'un autre côté il arrive trop souvent que, soit par incurie, soit par impossibilité de les acheter, les remèdes ne sont pas employés. La nécessité de délivrer les médicaments s'imposait donc à nous dès le début de notre fondation, et nous les délivrions, ainsi que cela se fait, dans tous les établissements de bienfaisance, sans nous douter que nous encourrions les reproches les plus vifs de la Société des pharmaciens de la Seine.

Celle-ci dans son zèle protectionniste, oubliant ou feignant d'ignorer que nous sommes un établissement de bienfaisance et que les bureaux de bienfaisance n'ont nulle part été jusqu'ici astreints à donner les médicaments sous le contrôle d'un pharmacien breveté, a émis la prétention de nous placer dans l'obligation de prendre un pharmacien sous la responsabilité duquel les médicaments de la Clinique doivent être

préparés. Elle s'est émue peut-être plus que de raison du tort que nous pourrions bien faire aux pharmaciens par la vente à bon marché ou même par l'abandon gratuit de médicaments aux malades qui fréquentent la Clinique, et a cherché à nous mettre en demeure de nous adjoindre le concours d'un pharmacien.

Cette demande, juste en principe, mais tout au moins discutable dans l'espèce qui nous concerne, a cependant été prise en considération par l'Administration supérieure, qui s'est aussitôt pourvue d'un pharmacien pour la Clinique ; de sorte que moyennant une élévation du prix des médicaments que nous cédions à prix coûtant aux malades fréquentant la Clinique, nous avons pu réaliser l'adjonction demandée et continuer comme par le passé à les distribuer gratuitement à tous ceux qui justifient de leur inscription à un bureau de bienfaisance.

La Société protectrice des pharmaciens a donc atteint le but qu'elle visait essentiellement et elle a réussi sinon à modifier la fabrication des médicaments qui ne laissait rien à désirer, attendu que la pharmacie des Quinze-Vingts se fournit directement soit à la pharmacie Centrale des hôpitaux, soit dans une des meilleures officines de la ville, du moins elle nous a procuré l'adjonction d'un des membres de sa corporation.

Personnel médical, de surveillance, d'infirmierie. — Le personnel de la Clinique se compose :

- Du médecin en chef ;
- D'un docteur chef de Clinique ;
- D'un chef de laboratoire ;
- D'un interne, logé, nourri et appointé ;
- De quatre externes appointés ;
- D'une sœur détachée de la communauté de l'infirmierie ;
- D'un infirmier faisant le service de la Clinique ;
- D'un surveillant, qui inscrit aussi à l'entrée ;
- Enfin, de trois infirmiers, hommes et femmes pour le service des chambres.

Le laboratoire d'histologie est le complément indispensable de la Clinique.

C'est là, en effet, que sont portées journellement les pièces pathologiques dont il y a lieu de faire l'analyse.

Nous n'avons pas besoin ainsi de recourir à des laboratoires éloignés où souvent les pièces peuvent être égarées ou confondues et où, dans tous les cas, celui qui fait l'examen n'a pas vu le malade et par conséquent est loin de pouvoir tirer de cet examen tout le profit que nous en tirons nous-même ; de plus, les élèves trouvent là les moyens de s'instruire, sous la direction d'un guide laborieux, et c'est une raison de plus pour les attacher à la Clinique.

Les résultats des travaux du laboratoire seront un jour publiés sous forme d'Atlas d'anatomie pathologique et démontreront combien la création de la Clinique a été utile et nécessaire.

Cette publication établira que notre institut d'ophtalmologie peut, sous ce rapport, supporter la comparaison avec les établissements analogues de la France et de l'étranger.

En attendant cette réalisation, nous donnerons dans ce recueil, toutes les fois que ce sera possible, des dessins tirés de notre collection.

II. — PARTIE STATISTIQUE.

1^o ÉNUMÉRATION SYSTÉMATIQUE DES MALADIES OBSERVÉES.

Le groupement systématique suivant, que nous avons dressé, des maladies observées à la Clinique pendant la première année de son existence, montre sous une forme palpable la variété, en même temps que le nombre considérable de malades qui se sont présentés à la consultation.

C'est la justification la plus éloquente de la création de la Clinique nationale et, en présence de ces chiffres, on ne saurait, ce nous semble, sans s'exposer à être taxé de partialité intéressée, contester sérieusement l'utilité de cette création.

Nous avons, en effet, dans le courant de l'année 1881, ou pour être entièrement dans la vérité, depuis le 15 décem-

bre 1880, date de l'ouverture de la Clinique, jusqu'au 31 décembre 1881, inscrit sur les registres 6,946 malades nouveaux, ce qui donne une moyenne de 23,2 par jour et correspond à un total de maladies s'élevant à 7,723.

Le nombre des consultations données à ces malades a été en moyenne de 108,3 par jour.

Tableau du mouvement de la Clinique pendant l'année 1881.

CLINIQUE EXTERNE.

MOIS.	MALADES nouveaux.	MALADES anciens.	TOTAUX par mois.	TOTAUX par trimestre.
Janvier { déc. 1880.	424	507		
	465	1.070	2.466	6.187
Février.....	465	1.278	1.743	
Mars.....	572	1.406	1.978	
Avril.....	465	1.422	1.887	
Mai.....	644	1.613	2.257	6.401
Juin.....	596	1.661	2.257	
Juillet.....	546	1.324	1.870	
Août.....	603	1.737	2.340	6.609
Septembre.....	551	1.848	2.399	
Octobre.....	537	2.106	2.643	
Novembre.....	482	1.998	2.480	7.847
Décembre.....	517	2.207	2.724	

On comprend que, dans un rapport de la nature de celui que nous rédigeons, il n'y ait pas place pour le détail des observations ; de même pour les malades qui se sont présentés à la consultation externe, nous ne pouvons donner ici de chiffres

de guérison les concernant, attendu qu'on se tromperait si on voulait porter comme guéris tous ceux qui cessent de se présenter à la consultation sans qu'on ait pu, ainsi qu'il le faudrait pourtant, noter la guérison ou l'insuccès lorsqu'ils cessent de venir. Il y a là des inconvénients inhérents à la nature même des choses, mais il suffit de constater le nombre des anciens malades qui se sont présentés régulièrement, en moyenne 84,1 par jour, pour affirmer que nulle part ailleurs on n'obtient de plus satisfaisants résultats. C'est notre récompense pour le mal que nous nous donnons, de constater et de faire toucher aux autres ces résultats.

ÉNUMÉRATION DES MALADIES.

MALADIES DES VOIES LACRYMALES.

Larmoiement.....	151 cas.
Dacryocystite.....	113 —
Tumeur lacrymale.....	24 —
Fistule lacrymale.....	8 —
Mucocèle.....	3 —
Total.....	299 cas.

MALADIES DES PAUPIÈRES.

Blépharite chronique.....	90 cas.
— ulcéreuse.....	104 —
— eczémateuse.....	20 —
— angulaire.....	84 —
— glandulaire.....	24 —
— ciliaire.....	159 —
— herpétique.....	11 —
Cancroïde.....	7 —
Trichiasis et distichiasis.....	31 —
Lagophthalmos.....	2 —
Ptosis.....	11 —
Symblépharon.....	20 —
Ectropion.....	45 —
Entropion.....	4 —
Zona.....	3 —
Xanthélasma.....	1 —

OEdème palpébral.....	11 cas
Corps étrangers.....	11 —
Chalazion.....	71 —
Ecchymoses.....	3 —
Orgeolet.....	61 —
Kystes.....	7 —
Brûlures.....	8 —
Abcès.....	2 —
Phlegmon.....	3 —
Nictitation.....	4 —
Végétations.....	4 —
Madarosis.....	19 —
Dermite.....	2 —
Granulations.....	124 —
Plaies.....	3 —
Concrétions des glandes de Meibomius...	5 —
Total.....	954 cas.

MALADIES DE LA CONJONCTIVE.

Catarrhe conjonctival.....	545 cas.
Conjonctivite purulente.....	218 —
Ophtalmie purulente.....	126 —
Ecchymose sous-conjonctivale.....	27 —
Pustule conjonctivale.....	152 —
Ptérygion.....	20 —
Ophtalmie purulente des nouveau-nés...	74 —
Phlyctènes.....	17 —
Conjonctivite chronique.....	57 —
Conjonctivite pseudo-membraneuse.....	8 —
Hyperhémie.....	115 —
Brûlures.....	12 —
Végétations.....	16 —
Conjonctivite granuleuse aiguë.....	16 —
Chémosis.....	12 —
Conjonctivite granuleuse chronique.....	16 —
Corps étrangers.....	8 —
Total.....	1439 cas.

MALADIES DE LA CORNÉE.

Corps étrangers.....	316 cas.
Déchirure. — Section. — Perforation...	27 —
Abcès.....	176 —
Ulcères.....	519 —
Kératite neuro-paralytique.....	6 —

Taies de la cornée.....	394	cas
Kératite en bandelettes.....	26	—
— parenchymateuse.....	18	—
— séreuse.....	10	—
— diffuse.....	26	—
— ponctuée.....	4	—
— phlycténulaire.....	106	—
— marginale.....	141	—
Pannus vasculaire.....	88	—
Leucômes.....	115	—
Staphylome.....	54	—
Phthisie.....	23	—
Brûlures.....	6	—
Sphacèle.....	11	—
Kératite des moissonneurs.....	2	—
Kérato-globe.....	4	—
Buphthalmos.....	2	—
Néphelions.....	30	—
Total.....	2204	cas.

MALADIES DE L'IRIS.

Iritis rhumatismale.....	16	cas.
— syphilitique avouée.....	24	—
— simple idiopathique.....	20	—
— anciennes.....	50	—
— séreuses.....	3	—
— avec synéchies.....	30	—
Hernie de l'iris.....	6	—
Iritis purulente.....	1	—
Tubercules de l'iris.....	1	—
Mydriase.....	4	—
Coloboma de l'iris.....	4	—
Staphylome de l'iris.....	4	—
Kérato-iritis.....	7	—
Corps étrangers de l'iris.....	1	—
Perforation de l'iris.....	2	—
Sphacèle de l'iris.....	2	—
Condylômes.....	3	—
Total.....	178	cas.

MALADIES DE LA CHOROÏDE.

Atrophie.....	3 cas.
Choroïdite atrophique.....	30 —
Chorio-rétinite pigmentaire.....	20 —
— spécifique.....	15 —
Glaucome chronique simple.....	42 —
— absolu.....	37 —
Irido-choroïdite.....	182 —
Total.....	289 cas.

MALADIES DU CORPS VITRÉ.

Hémorrhagie du corps vitré.....	8 cas.
Myodésopsie.....	43 —
Hyalitis.....	56 —
Synchisis étincelant.....	2 —
Total.....	109 cas.

MALADIES DU CRISTALLIN.

Opacités du cristallin.....	138 cas.
Cataractes séniles.....	227 —
— traumatiques.....	45 —
— régressives.....	25 —
— secondaires.....	5 —
— nucléaires.....	26 —
— compliquées.....	48 —
— congénitales.....	19 —
— vertes.....	2 —
— corticales.....	10 —
— polaires.....	13 —
— diabétiques.....	3 —
— ponctuées.....	3 —
— molles.....	11 —
— capsulaires.....	1 —
Aphakie.....	7 —
Luxations.....	8 —
Cataractes noires.....	6 —
— siliquieuses.....	2 —
Total.....	590 cas.

MALADIES DE LA RÉTINE.

Amblyopie congénitale.....	20 cas.
— hystérique.....	3 —
— myopique.....	5 —
— cérébrale.....	4 —
Décollement de la rétine.....	30 —
Rétinite séreuse.....	30 —
— spécifique.....	13 —
— hémorragique.....	24 —
— pigmentaire.....	22 —
— circa pupillaire.....	6 —
— brigthique.....	2 —
— exsudative.....	2 —
Neuro-rétinite.....	12 —
Asthénopie rétinienne.....	2 —
Gliôme de la rétine.....	1 —
Hyperhémie de la rétine.,.....	14 —
Total.....	214 cas.

MALADIES DE LA PAPILLE.

Atrophie grise.....	168 cas.
— blanche.....	41 —
Pâleur des papilles.....	86 —
Névrite optique.....	7 —
OEdème péripapillaire.....	2 —
Hyperhémie papillaire.....	3 —
Fibres à double contour.....	3 —
Total.....	310 cas.

MALADIES DES NERFS.

Paralysie de la 6 ^e paire.....	26 cas.
— de la 3 ^e paire.....	27 —
— de la 5 ^e paire.....	3 —
— de la 7 ^e paire.....	1 —
Parésie de la 6 ^e paire.....	24 —
— de la 3 ^e paire.....	16 —
— de la 7 ^e paire.....	2 —
Tumeur du nerf optique.....	1 —
Néuralgie dé la 5 ^e paire.....	10 —
Total.....	110 cas.

MALADIES DES MUSCLES.

Strabisme convergent.....	104 cas.
— alternant.....	14 —
— divergent.....	25 —
Nystagmus horizontal.....	12 —
— vertical.....	8 —
— rotatoire.....	3 —
Ophthalmoplégie.....	2 —
Total.....	168 cas.

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE.

Sclérotite.....	11 cas.
Episcléritis.....	11 —
Section de la sclérotique.....	4 —
Scléro-choroïdite antérieure.....	4 —
Total.....	30 cas.

MALADIES DE L'ORBITE.

Tumeur de l'orbite.....	6 cas.
-------------------------	--------

MALADIES DU GLOBE.

Atrophie.....	81 cas.
Microphthalmos.....	2 —
Contusion.....	7 —
Exophthalmos.....	3 —
Total.....	93 cas.

RÉFRACTION. — ACCOMMODATION.

Myopie avec scléro-choroïdite postérieure.....	147 cas.
Presbyopie.....	113 —
Hypermétropie.....	66 —
Asthénopie accommodative.....	120 —
— musculaire.....	20 —
Anisométropie myopique.....	22 —
— hypermétropique.....	31 —
Astigmatisme hypermétropique.....	18 —
— myopique.....	10 —
Paralysie de l'accommodation.....	12 —
Total.....	559 cas.

Le nombre des malades hospitalisés à la Clinique pour y subir une opération, s'élève pour la première année à 349, ce qui donne pour le séjour de chacun d'eux une moyenne de 15 jours ne s'éloignant pas sensiblement de ce que nous avons pensé.

Le faible écart entre ce chiffre et celui qui était dans nos prévisions lors de la publication de notre premier compte rendu de 1874 (1) s'explique facilement par le séjour à la clinique de malades venus pour une cataracte, et chez lesquels il a fallu pratiquer une opération de larmolement par exemple, de façon à les guérir de leur larmolement avant de leur faire subir l'opération pour laquelle ils étaient admis.

De plus, les malades venus de la province arrivent toujours un ou deux jours avant l'opération et la durée de leur séjour n'est pas comptée depuis l'opération, mais bien depuis leur admission ; il est vrai que par contre quelques malades sont arrivés présentant une maladie incurable et, comme la Clinique ne doit admettre que des malades atteints d'affections curables et qu'il n'a pas été possible de les faire rentrer chez eux aussitôt après leur arrivée, la durée moyenne du séjour, calculée sur l'ensemble, se trouve nécessairement un peu faussée.

Les erreurs de ce genre commises par les médecins qui nous ont envoyé des malades de la province sont en somme très peu nombreuses et peuvent être négligées. Sans doute il est fâcheux d'être exposé à constater seulement à l'arrivée à la Clinique l'incurabilité d'une maladie dont la nature, grâce aux renseignements précis dont nous avons cherché à nous entourer, devrait être toujours diagnostiquée ; mais c'est un inconvénient qui disparaîtra dans un temps peu éloigné et qui, en présence des résultats obtenus dès la première année, ne saurait acquérir une importance réelle. Il est incontestable en effet que nous diminuerons de jour en jour les chances d'erreur et bientôt, ce qui a été jusqu'ici une minime exception, ne se représentera plus.

Nous disions, à propos de la consultation, que nous avions eu la satisfaction de soigner et de mener à bien une foule de

(1) Compte rendu statistique de la clinique du Dr Fieuzal, Paris, Delahaye, 1876.

maladies externes, ainsi du reste qu'en témoignent les observations concernant ces malades et que nous ne pouvons rapporter ici ; et s'il nous est permis d'affirmer, sans crainte d'être démenti ou même taxé d'exagération, que la consultation externe de la clinique a rendu des services signalés au nombre si considérable de malades qui l'ont fréquentée, que ne peut-on dire à plus forte raison des aveugles qui, ne pouvant espérer jamais d'arriver à toucher la modique pension des Quinze-Vingts et encore moins d'être admis dans cet établissement de bienfaisance, ont été assez heureux pour recouvrer la vision, et venus à la clinique avec l'aide indispensable d'un conducteur, ont pu après un séjour en moyenne de 15 jours rentrer chez eux sans avoir besoin de guide ?

Le service rendu, grâce à la création de la Clinique nationale, à ces pauvres infortunés, souvent pères de famille, à charge à cette famille, à la société et à eux-mêmes, est trop éloquent pour avoir besoin d'être accompagné d'un développement quelconque ; aussi serons-nous brefs à ce sujet et nous bornerons-nous à relever le nombre des aveugles entrés à la clinique, en mentionnant les résultats obtenus à leur départ et que nous grouperons, selon l'usage que nous avons adopté, sous la mention : bon, médiocre ou nul.

Ceux de la première catégorie sont heureusement de beaucoup les plus nombreux ; les seconds le sont encore trop au gré de nos désirs, et enfin ceux qui n'ont obtenu aucun résultat sont infiniment restreints. Encore peut-on dire, en manière de consolation, que ces derniers n'ont rien perdu, puisque lorsqu'on a tenté par une opération de leur faire recouvrer la vision, ils étaient déjà aveugles. Puissent-ils du moins ne pas attendre trop longtemps les secours qui leur sont dus, après qu'on a acquis la certitude que tout traitement chirurgical est désormais impuissant à leur rendre la vue.

Il est vrai que par le fait qu'un grand nombre d'entre eux ont été plus heureux, leurs chances d'être secourus plus efficacement augmentent en raison de la diminution proportionnelle du nombre des demandes de pension : c'est l'évidence même ; toutefois cette remarque ne suffit pas à nous consoler de n'avoir pas réussi dans un certain nombre de cas où l'opé-

ration bien faite n'a pas amené le résultat qu'on était fondé à attendre ; et à ce propos, il est juste de rappeler que les aveugles qui nous sont envoyés de la province, sauf quelques rares exceptions, sont atteints depuis un temps plus ou moins long de cécité confirmée, dont on ne tenterait plus jamais d'obtenir la guérison ; ce n'est en effet que parce que la Clinique nationale, sans exiger d'eux aucune dépense, leur a fait concevoir l'espérance de recouvrer la vision, alors que depuis longtemps déjà ils avaient renoncé à se soigner, qu'ils ont demandé à être dirigés sur cet établissement charitable, où ils savent mieux que personne qu'ils n'ont rien à risquer ; de plus, comme ils ne reçoivent pas de pension malgré la demande adressée aux autorités compétentes, souvent la misère la plus extrême s'ajoute aux conditions, déjà très défavorables en elles-mêmes, dans lesquelles ils se présentent à la clinique pour y subir une opération.

Il ne faut pas perdre de vue que la masse, sur laquelle nous opérons à la clinique, ne saurait en aucun point être assimilée à celle qui se présente dans les cliniques particulières. Je dirai plus, et ceci répondra à quelques critiques qui ont été formulées contre la Clinique nationale avant qu'elle fonctionnât, nous n'enlevons à ces cliniques qu'un chiffre insignifiant de malades, car le nombre est toujours très restreint des lits entièrement gratuits dans ces dernières, et la plupart de nos malades sont déjà passés par ces cliniques lorsqu'ils pouvaient encore faire quelques sacrifices pour se soigner. De telle sorte que la Clinique nationale des Quinze-Vingts est, pourrait-on dire, le véritable refuge de toutes les épaves oculaires qui viennent s'échouer chez nous après avoir frappé à toutes les portes ; ce sont là des raisons importantes à retenir lorsqu'il s'agit des résultats opératoires obtenus.

Du reste, je suis en mesure de faire la comparaison entre ce qui se passe à ma maison de santé, où je ne reçois, comme mes confrères dans la leur, que les personnes se trouvant dans de bonnes conditions, et ce qui se passe à la Clinique des Quinze-Vingts ; et quand on passe en revue les causes si multiples d'insuccès à cette dernière, on ne peut que s'étonner que le chiffre des insuccès ne soit pas plus élevé.

Ce n'est donc pas avec les résultats obtenus dans les cli-

niques particulières qu'il faudrait établir une comparaison. Nous venons de démontrer que les éléments ne sont nullement comparables. Tout au plus pourrait-on chercher à rapprocher nos résultats de ceux obtenus à la clinique établie par l'Assistance publique à l'Hôtel-Dieu de Paris, par exemple, qui se rapproche davantage des conditions qui nous sont faites ; mais il n'a pas été publié de statistique la concernant.

Encore est-il bon d'ajouter que, dans cette dernière, le chef de service est libre d'admettre ou de refuser les malades qui se présentent, tandis qu'aux Quinze-Vingts, tout malade ayant pour lui *l'apparence* d'une chance favorable est retenu, par la considération bien simple qu'il demande lui-même à être opéré, qu'il a fait dans ce but un déplacement souvent pénible et, qu'en dernière analyse, le pis-aller pour lui ne peut être que de rester après l'intervention aussi aveugle qu'auparavant.

Le médecin des Quinze-Vingts ne doit donc pas se laisser influencer par l'éventualité d'un échec opératoire et, reléguant au second plan le souci de sa réputation, il doit opérer tout aveugle remplissant les conditions ci-dessus mentionnées, bien qu'elles laissent parfois peu d'espoir de voir ses efforts couronnés de succès. En conséquence, il est tenu de surveiller, avec un soin extrême, les suites de l'opération, après s'être minutieusement enquis, avant de la pratiquer, de l'état diathésique du sujet et il doit veiller à ce que tout le personnel de la clinique s'emploie au mieux des intérêts de l'opéré.

Plusieurs fois nous avons eu le regret de constater, sans risquer de nous tromper, que des opérés avaient contracté des complications (iritis, irido-choroïdites, hémorragies intra-oculaires) de nature à compromettre un résultat sur lequel on ne devait plus conserver de doutes, et qu'ils n'auraient pas contractées, s'ils n'avaient pas commis d'imprudences.

Dans d'autres cas, il y a eu de véritables suppurations dues à un état diathésique, tel que diabète, albuminurie, ou autres états cachectiques, qui ont mis obstacle à la réussite d'une opération cependant bien conduite. D'autres en grand nombre présentaient des cataractes adhérentes, avec épaissement de la capsule et ramollissement du corps vitré, que nous ne

pouvions pas ne pas opérer, par la raison qu'ils n'avaient rien à perdre ; d'autres, enfin, ont été contaminés malgré toutes les précautions dont nous cherchons à nous entourer, et sont arrivés à un résultat nul, alors que l'opération, régulièrement exécutée, aurait dû suivre un cours régulier et amener un résultat parfait.

Ce sont là les inconvénients de tout établissement hospitalier, et j'ajoute de tout établissement nouvellement constitué : les malades y sont enclins à faire des imprudences. Ils ne paient pas leur séjour comme dans les maisons de santé, aussi font-ils généralement beaucoup moins attention à eux ; en outre ils y sont plus nombreux et plus difficiles à surveiller. Mais la grande cause qui frappe d'avance la statistique des résultats obtenus aux Quinze-Vingts, d'infériorité sur celle de ma maison de santé (bien que j'opère de la même façon à l'une et à l'autre, et que les malades soient également bien soignés de part et d'autre), c'est surtout la grande quantité de malades qui y sont reçus porteurs de cataractes anciennes, et ne possédant qu'une médiocre perception lumineuse, ou chez des gens plus ou moins cachectiques ou atteints de marasme sénile, qui nous arrivent de la province ; ce sont là, en effet, bien souvent des malades, qu'on n'opérerait pas chez soi, à cause de l'incertitude du résultat.

Nous nous sommes servi pendant un certain temps, et avec toute la rigueur recommandée par les auteurs, du *spray*, c'est-à-dire que nous avons opéré un certain nombre de cataractes sous le nuage de vapeurs phéniquées, selon la méthode de Lister.

Malgré l'emploi de ce procédé antiseptique, nous avons eu des opérés présentant une suppuration du lambeau, une kérato-iritis, ou même une irido-choroïdite suppurative, tandis que d'autres, opérés le même jour sans *spray*, n'en ont pas présenté, alors que les conditions étaient entre eux aussi identiques que possible ; aussi sans nous élever contre la précieuse conquête dont le savant anglais a doté la chirurgie contemporaine, nous sommes-nous réduit, depuis longtemps déjà, à l'emploi restreint des vapeurs phéniquées, que nous dirigeons sur la plaie scléro-cornéenne après avoir terminé l'opération ; nous agissons de même dans toutes les plaies

cruentées, et il y a, pensons-nous, grand profit pour les opérés à adopter la méthode que nous mettons en usage.

CATARACTES SÉNILES.

155 opérations de cataracte sénile ont été pratiquées à la Clinique pendant l'année 1881.

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure et iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon..	62	}	Bon.....	121
Bon	59		Médiocre....	16
Médiocre..	16		Nul.....	18
Nul.....	18			
	<u>155</u>			<u>155</u>

1° Résultat bon..... 121

2° Médiocre : par iritis..... 10

— par cataracte secondaire... 6

137

3° Résultat nul :

Par irido-choroïdite suppurative.... 8

Par organisation du corps vitré..... 3

Par aquo-capsulite..... 3

Par sphacèle de la cornée..... 1

Par occlusion pupillaire..... 3

Résultats nuls ainsi répartis..... 18

Parmi ces 155 cas de cataracte sénile, 62 ont nécessité l'opération préalable du larmolement ou de la dacryocystite.

Ces 155 opérations portent sur 149 malades, 36 ayant subi l'opération de la cataracte sur les deux yeux.

Parmi ces derniers, deux seulement n'ont obtenu aucun résultat, l'opération ayant échoué sur les deux yeux, tandis que dans les autres le résultat obtenu a été bon sur un œil et nul sur l'autre.

CATARACTE TRAUMATIQUE..... 9 cas.

7 cas ont été opérés par iridectomie.

1 cas a été opéré par discision.

1 cas a été opéré par extraction simple.

Résultat opératoire. — Parmi les 7 cas opérés par iridectomie, 6 cas ont fourni un bon résultat. 1 cas n'a pas donné de résultat par suite d'irido-choroïdite suppurative.

Il n'y a pas eu d'opération double.

CATARACTE CAPSULAIRE..... 3 cas.

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure, iridectomie.

Résultat opératoire. — 2 cas excellents.

1 cas mauvais par suite d'iritis.

Pas d'opération double.

CATARACTE NUCLEAIRE..... 7 cas.

Manuel opératoire. — 5 cas ont été opérés par extraction avec iridectomie, dont 1 avec chloroforme.

1 cas a été opéré par extraction simple.

1 cas a été opéré par iridectomie.

Résultat opératoire. — 4 excellents.

2 bons.

1 nul par suite d'occlusion pupillaire.

Opération pratiquée sur les deux yeux : 2 cas. Bons résultats.

CATARACTE SILIQUEUSE..... 2 cas.

Tous les deux cas ont été opérés par extraction avec iridectomie.

Résultat opératoire. — Très bon.

Pas d'opération double.

CATARACTE RÉGRESSIVE..... 7 cas.

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure, iridectomie. 6 cas.

Discision..... 1 —

Résultat opératoire. — 6 très bons.

1 mauvais par suite d'irido-choroïdite suppurative.

Opération double, 2 cas : 1 cas mauvais.

CATARACTE NOIRE..... 3 cas.

3 cas de cataracte noire se sont présentés à la clinique

Tous les trois ont été opérés par extraction avec iridectomie.

Résultat opératoire. — 2 cas très bons.

1 cas nul par suite de panophtalmie.

Pas d'opération double.

CATARACTE CONGÉNITALE..... 4 cas.

Manuel opératoire. — Extraction avec iridectomie. 1 cas.
 Discision..... 2 —
 Aspiration..... 1 —

Résultat opératoire. — 2 cas très bons.
 2 cas bons.

Opération pratiquée sur les deux yeux, 1 cas. Bon résultat.

CATARACTE CORTICALE..... 2 cas.

2 cas de cataractes corticales se sont présentés à la clinique :
 Les 2 cas ont été opérés par extraction simple avec iridectomie.
 Le résultat opératoire a été excellent.
 Pas d'opération double.

CATARACTE ADHÉRENTE..... 10 cas.

Opérées toutes par extraction avec iridectomie.
 Résultat opératoire. — 6 cas excellents.
 2 cas bons.
 2 cas mauvais par suite d'iritis.
 Opération pratiquée sur les deux yeux : 4 cas.
 Résultat négatif sur un œil, bon sur l'autre : 1 cas.

CATARACTE SECONDAIRE..... 15 cas.

Manuel opératoire. — Iridotomie, 6 cas, dont 1 après avoir endormi le malade avec du protoxyde d'azote.
 Capsulotomie, 6 cas, dont 1 avec chloroforme.
 Discision, 3 cas.
 Résultat opératoire. — 11 cas très bons.
 2 cas bons.
 1 cas-médiocre.
 1 cas nul par suite d'iritis.
 Pas d'opération double.

CATARACTE MOLLE..... 10 cas.

Manuel opératoire. — Extraction avec iridectomie, 1 cas, le malade a été endormi avec du chloroforme.
 Discision, 7 cas.
 Aspiration, 2 cas.
 Extraction simple, 1 cas.
 Résultat opératoire. — 7 cas excellents.
 2 cas bons.
 1 cas nul par suite de panophtalmie.

Opération pratiquée sur les deux yeux : 2 cas.

Résultat négatif sur un œil, bon sur l'autre : 1 cas.

Mais il n'y a pas que les cataractes dont soient atteints les malades que la province dirige sur notre établissement, et si les résultats obtenus ne sont pas aussi immédiats et ne présentent pas un caractère aussi dramatique et saisissant, il serait injuste pourtant de ne pas accorder aux opérations qui sont pratiquées dans ces cas la réelle importance qu'elles méritent.

Qu'un malade, en effet, soit atteint de glaucome, d'irido-choroïdite, d'iritis, de staphylôme ou même simplement de leucome adhérent, pour ne citer que ces variétés de maladies des yeux, il n'en est pas moins menacé de perdre la vision, et l'intervention opératoire faite dans de bonnes conditions est souvent de nature à arrêter la marche régulièrement croissante de la cécité ; c'est ce que démontrent les résultats statistiques obtenus dans ces diverses conjonctures. De même, un œil perdu par un accident quelconque devient souvent la cause d'une affection sympathique sur son congénère, et si par un sentiment irréfléchi on s'obstine à vouloir conserver cet œil, l'autre est voué dans un temps plus ou moins prochain à une cécité irrémédiable. Ici encore le résultat de l'intervention opératoire, quoique indéniable, n'est pas toujours apprécié comme il le mérite, si ce n'est toutefois par celui qui a subi l'opération, car après avoir énucléé un grand nombre d'yeux perdus et devenus dangereux, nous n'avons pas encore rencontré un opéré qui ne fût très reconnaissant du résultat obtenu.

Dans ces cas où l'énucléation est devenue obligatoire, en effet, les malades ont souffert et apprécient à sa juste valeur le service rendu ; ils peuvent, débarrassés à jamais de la douleur physique parfois intolérable, et de la crainte de voir l'autre œil se prendre à son tour, recommencer à travailler au bout de quelques jours avec une pièce d'émail, souvent il faut bien le reconnaître moins disgracieuse que la déformation de l'œil enlevé.

III^e PARTIE.3^e ÉNUMÉRATION DES OPÉRATIONS DIVERSES.

OPÉRATIONS D'IRIDECTOMIE.

1. Leucome adhérent.....	25 cas.	}	18 rés. excellents.
			5 » bons.
2. Taies centrales de la cornée..	10 —	}	2 » mauvais.
			10 » excellents.
3. Iritis ancienne avec synéchies.	18 —	}	14 » très bons.
			2 » bons.
4. Ulcères de la cornée avec hy-	14 —	}	2 » mauvais.
popyon.....			12 » très bons.
5. Enclavement de l'iris.....	2 —	}	2 » médiocres.
			2 » très bons.
6. Occlusion pupillaire.....	4 —	}	3 » très bons.
			1 » mauvais.
7. Cataracte sénile incomplète..	9 —	}	9 » très bons.
8. Cataracte nucléaire.....	4 —		4 » très bons.
9. Cataracte compliquée d'irido-	3 —	}	2 » bons.
choroïdite.....			1 » mauvais.
10. Kératocône.....	2 —	}	2 » bons.
11. Hernie de l'iris.....	1 —		1 » bon.
12. Irido-choroïdite.....	6 —	}	3 » très bons.
			3 » bons.
13. Kératite des moissonneurs...	1 —	}	1 » mauvais.
14. Glaucome.....	8 —		6 » très bons.
			2 » bons.
15. Kérato-iritis.....	4 —	}	4 » très bons.

30 cas ont été opérés à l'aide du chloroforme.

2 cas avec du protoxyde d'azote.

Opérations doubles d'iridectomie... 22 cas.

Résultat négatif sur les deux yeux : 0.

Résultat bon sur un œil, mauvais sur l'autre : 4 cas.

SCLÉROTOMIE.

Abcès de la cornée.....	1 cas.	Résultat opératoire.	Bon.
Ulcère de la cornée avec poussée glaucomateuse.	1 —	—	Mauvais.
Ectasie de la rég. ciliaire.	1 —	—	Bon.
Irido-choroïdite glauco- mateuse.....	5 —	—	3 bons. 2 mauvais.
Buphthalmos.....	2 —	—	Bons.
Hydrophthalmie.....	1 —	—	Bon.
Kératoglobe.....	2 —	—	Bons.
Glaucome.....	2 —	—	1 bon. 1 mauvais.
Irido cyclite.....	1 —	—	Bon.

Total. 16 cas.

2 cas ont été opérés à l'aide du chloroforme.

OPÉRATION DE SOEMISCH.

Ulcère septique de la cornée.....	2 cas.
Opération sans chloroforme.	
Résultat opératoire. — Mauvais.	

PARACENTÈSES.

Ulcère à hypopyon.....	14 cas.	
Résultat opératoire.		13 rés. Excellent. 1 » Mauvais.
Sphacèle de la cornée.....	2 —	1 » Mauvais. 1 » Bon.
Abcès central de la cornée....	6 —	6 » Bons.
Irido-choroïdite suppurative..	4 —	4 » Bons.
Kérato-iritis.....	1 —	1 » Mauvais.

Total : 27 opérations.

Le chloroforme a été employé 10 fois.

Le protoxyde d'azote 2 fois.

EXCISION DE STAPHYLÔMES.

Staphylôme total de la cornée et de l'iris...	1 cas.
Avec chloroforme.....	Très Bon.
Staphylôme de l'iris.....	2 cas.
1 cas avec chloroforme.....	Très Bon.
Total : 3 cas.	

ÉNUCLÉATIONS.

Staphylôme total de la cornée.....	11 cas.
Décollement de la rétine avec tumeur.....	4 —
Irido-choroïdite glaucomateuse.....	12 —
— suppurative.....	2 —
Glaucome absolu.....	6 —
Phthisie du globe.....	5 —
Sphacèle de la cornée.....	2 —
Leucôme adhérent avec occlusion pupillaire.....	1 —
Cataracte traumatique avec poussée glaucomateuse.	2 —

Total : 45 énucléations.

40 ont été pratiquées à l'aide du chloroforme.

1 cas à l'aide du protoxyde d'azote.

4 sans anesthésie.

TRANSPLANTATION DU SOL CILIAIRE.

Procédé en Z.... 5 cas.

Distichiasis..... 5 cas. — Sans chloroforme.

Résultat opératoire. — Excellent.

SUTURES DE GAILLARD..... 11 cas.

Distichiasis.....	4 cas.	Résultat : excellent.
Pannus granuleux.....	4 —	Résultat : 3 excellents. 1 nul.
Blépharospasme.....	1 —	Amélioration légère.
Ectropion de la paupière inférieure.	2 —	Résultat : très bon.

Total : 11 cas.

VOIES LACRYMALES..... 260 cas.

Dacryocystites.	72	Opérées par le point supérieur.
Larmolement.....	171	Opération pratiquée sur 160 malades.
Tumeurs lacrymales.	3	Toutes les trois ont été opérées et guéries.
Tumeurs du sac.....	12	Sur les 12 malades, 10 ont été opérés.
Fistule lacrymale....	2	

Total : 260

OPÉRATION DE STRABISME. — RECULEMENT. 28 cas.

28 opérations de strabisme convergent ont été pratiquées à la clinique.

9 cas ont été opérés à l'aide du chloroforme.

1 cas à l'aide du protoxyde d'azote.

18 sans anesthésie.

Résultat opératoire. — Très bon.... 15
 Bon..... 7
 Médiocre.... 4
 Nul..... 2

La Clinique, avons-nous dit, se recrute : 1° parmi les aveugles de tout le territoire qui sont en instance pour obtenir la pension des Quinze-Vingts ; 2° parmi les malades atteints d'affections oculaires de toute nature pouvant amener la cécité, et 3° enfin elle donne des consultations à tous les malades du dehors qui se présentent pour une affection oculaire quelconque.

Après avoir, au cours de ce rapport, attiré l'attention sur les quelques cas défavorables qui se sont offerts à notre observation et avoir étudié les causes qui nous ont paru de nature à expliquer ces insuccès, il importe à présent de faire ressortir dans combien de circonstances l'intervention a été utile, et de combien, dans cette première année, nous avons contribué à diminuer le nombre des aveugles demandant les secours de la maison.

Dans ce but, qui est le point capital de l'œuvre que nous avons entreprise, nous grouperons en une récapitulation saisissante toute la seconde partie de notre rapport.

RÉCAPITULATION NUMÉRIQUE.

1° Nombre des malades nouveaux inscrits....	6946
Moyenne des malades nouveaux par jour...	23
Nombre des consultations par jour.....	108
2° Nombre des admissions à la clinique.....	349
Durée moyenne du séjour.....	15

A. Énumération des maladies observées pendant l'année 1881.

Maladies des voies lacrymales.....	299
— des paupières.....	954
— de la conjonctive.....	1439
— de la cornée.....	2104
— de l'iris.....	178
— de la choroïde.....	289

Maladies du corps vitré.....	109
— du cristallin.....	599
— de la rétine.....	214
— de la papille.....	310
— des nerfs.....	110
— des muscles.....	168
— de la sclérotique.....	26
— de l'orbite.....	6
— du globe oculaire.....	93
Réfraction et accommodation.....	563
Malades partis sans diagnostic.....	262

Total des maladies : 7723

Sur les 6,946 malades inscrits à la Clinique, 549 ont subi diverses opérations et doivent être divisés en deux catégories :

1° Malades reçus à la Clinique: 349, sur lesquels ont été pratiquées 397 opérations.

Sur les 349 malades hospitalisés :

197	ont subi	228	opérations de cataracte.
94	— —	111	— d'iridectomie.
45	— —	45	— d'énucléation.
3	— —	3	— de sclérotomie.
2	— —	2	— de Sœmisch.
2	— —	2	excisions de staphylômes.
6	— —	6	opérations de strabisme.
<u>349</u>		<u>397</u>	

2° D'autres opérations dont le nombre s'élève à 340, sans compter les petites opérations, telles que chalazion, ouverture d'abcès, kystes des bords des paupières et dont plusieurs n'ont même pas été relevées, ont été pratiquées sur les malades du dehors qui se sont présentés à la Clinique.

B. Énumération des opérations pratiquées.

CATARACTES.		RÉSULTAT.				
	Méthode employée.	Nombre.	Très bon.	Bon.	Médioc.	Nul.
Séniles.....	Kératotomie sup. et iridectomie.....	155	62	59	16	18
Traumatiques.	Kérat. sup. et irid.	7	»	6	»	1
—	Extract. simple....	1	1	»	»	»
—	Discision.....	1	1	»	»	»
Capsulaire.	Kér. sup., irid....	3	2	»	»	1
Nucléaire.	Kér. sup., irid....	7	4	2	»	1
Siliqueuse.....	Iridectomie.....	2	2	»	»	»
Régressive.....	Kér. sup., irid....	7	6	»	»	1
Noire.....	Kér. sup., irid....	3	2	»	»	1
Congénitales..	Extract. par irid..	1	1	»	»	»
—	Discision simple...	2	1	1	»	»
—	Discis. et aspirat..	1	1	»	»	»
Corticales.....	Iridectomie.....	2	2	»	»	»
Adhérentes....	Iridectomie.....	10	6	2	»	2
Molles.....	Extraction par irid.	1	1	»	»	»
—	Discision simple...	7	5	2	»	»
—	Discis. et aspirat..	2	1	»	»	1
Secondaires...	Iridotomie.....	6	4	1	1	»
—	Capsulotomie.....	4	4	»	»	»
—	Discision.....	3	2	1	»	»
—	Aspiration.....	2	1	»	»	1
Total :		228	110	74	17	27

On voit par l'examen de ce tableau que :

Sur 228 opérations, 110 ont donné un résultat très bon.

74	—	—	bon.
17	—	—	médiocre.
27	—	—	nul.
228			

En somme, 184 résultats bons, 17 médiocres et 27 mauvais à répartir entre 197 aveugles.

La catégorie des résultats médiocres renferme les 17 chez lesquels la cécité, n'étant pas encore irrémédiable, il est permis d'espérer qu'une intervention nouvelle pourra être tentée utilement plus tard ; celle des résultats nuls contient les 27 cas dans lesquels la cécité est restée définitive malgré l'in-

tervention ; nous ferons remarquer toutefois que ces 27 cas ne correspondent pas à 27 malades, attendu qu'il faut se rappeler que parmi ceux qui ont subi une opération double, deux seulement ont été assez mal partagés pour obtenir, l'un d'eux un résultat nul, et l'autre un résultat médiocre, de la double opération qui avait été pratiquée. Parmi les autres, un certain nombre ont eu le bonheur d'échapper à la cécité, par la réussite de l'opération sur un œil, alors qu'une première opération avait échoué sur l'autre.

De sorte qu'en définitive nous avons, par notre intervention, dans cette première année, en ne considérant que la catégorie des cécités dues à la cataracte, réduit à une vingtaine environ sur 197, le nombre des infortunés qui réglementairement avaient droit à la pension des Quinze-Vingts, tandis que 180 environ, sur le même nombre, doivent à notre institution exclusivement, d'avoir recouvré la vision.

C'est, comme on voit : 80,70 0/0 de succès ;

7,46 0/0 de résultats médiocres ;

11,84 0/0 d'insuccès.

Cette statistique, bien qu'inférieure à celles que nous avons obtenues dans nos précédents compte rendus, n'en doit pas moins être regardée comme très encourageante, si on veut bien tenir compte des conditions dans lesquelles se trouvent nos opérés, et nous devons nous estimer heureux d'avoir réussi à mettre 80 0/0 de nos opérés en état de pouvoir renoncer à se faire porter sur la liste des candidats à la pension des Quinze-Vingts ; 11,84 0/0 restent seuls sur ce nombre à justifier des conditions requises ; si l'on veut même ajouter les 7,46 0/0 de résultats médiocres, cela fait en définitive 20 0/0 seulement qui n'ont pu tirer profit de la création nouvelle.

Après les cataractes, dont sont le plus fréquemment atteints les aveugles curables qui se sont présentés à la Clinique, viennent les affections des diverses membranes de l'œil (leucômes, iritis, irido-choroïdites, glaucômes), qui sont susceptibles d'entraîner la perte de la vision, et dont l'évolution peut être arrêtée, soit par l'iridectomie, soit par la sclérotomie, soit encore par l'énucléation d'un œil déjà perdu, mais capable d'entraîner la perte de son congénère par le développement d'une ophtalmie sympathique.

Telles sont les principales opérations qui ont occasionné le séjour des malades à la Clinique ; un grand nombre d'autres telles que paracentèses, opérations de Sœmish, strabismes, difformités des paupières, kystes, affections des voies lacrymales, etc., n'ont nécessité qu'à titre exceptionnel l'hospitalisation.

C. — Enumération des opérations diverses.

OPÉRATIONS DIVERSES.	RÉSULTAT.				
	Nombre.	Très bon.	Bon.	Médiocre.	Nul.
Iridectomie.....	111	65	25	12	9
Sclérotomie.....	16	»	10	4	2
Opération de Sœmish.....	2	»	»	2	»
Paracentèses.....	27	13	11	»	3
Excision de staphylôme.....	3	3	»	»	»
Énucléation.....	45	45	»	»	»
Transplantation du sol ciliaire.	5	5	»	»	»
Suture de Gaillard.....	11	9	»	1	1
Voies lacrymales.....	260	192	23	28	17
Strabisme.....	28	15	7	4	2
Total :	508	347	76	51	34

Les opérations d'iridectomie, pratiquées cent onze fois pour des maladies de diverse nature, ont donné :

90 fois un résultat bon ;

12 — médiocre ;

9 — nul.

La sclérotomie, pratiquée seize fois, a donné :

10 fois un résultat bon ;

4 — médiocre ;

2 — nul.

Toutes les opérations mentionnées dans ces tableaux, à l'exception toutefois des opérations de strabisme, ont concouru à des degrés divers à guérir ou à prévenir la cécité ; il nous est donc permis, en nous appuyant sur les faits contenus dans ce rapport, d'affirmer que le but visé par la création de la Clinique nationale ophtalmologique de l'hospice des Quinze-Vingts a été atteint dans la mesure du possible dès la première année de son fonctionnement. Il va sans dire que nous nous efforcerons d'améliorer encore ces résultats, et, grâce à la progression toujours croissante des succès, nous contri-

buerons à la fois à diminuer, en France, le nombre des aveugles, et à secourir plus efficacement ceux d'entre eux auxquels la pension des Quinze-Vingts est réellement due, puisqu'ils ne peuvent plus rien attendre de l'intervention opératoire.

La carte géographique statistique suivante, divisée par départements et colonies, mentionne le nombre par département des aveugles envoyés la première année à la Clinique, et donne immédiatement une idée du mouvement qu'a suscitée cette création nouvelle en même temps qu'elle la justifie.

CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS.

DÉPARTEMENTS QUI ONT ENVOYÉ DES MALADES A LA CLINIQUE DANS LE COURS DE L'ANNÉE 1881.



Clinique externe.

27,044 consultations ont été données à 6,597 malades qui ont pu se faire traiter en dehors de la clinique.

RÉSUMÉ.

Total général : { 32,468 consultations internes et externes.
6,946 individus.

Clinique interne.

349 malades ont été opérés à la Clinique nationale et ont donné lieu à 5,424 consultations ou journées de traitement, ce qui donne une moyenne de 15,54 par individu.

TABLE DES MATIÈRES.

AUX LECTEURS.....	1
Historique de la Clinique.....	3
Renseignements sur l'hospice.....	6
Méthode à suivre pour faire admettre à l'hospice un aveugle incurable.....	6
Méthode à suivre pour faire admettre à la Clinique un aveugle curable.....	8
Description de la Clinique.....	10
Plan de la Clinique.....	12
Renseignements généraux sur les aveugles de France.....	14
Conditions d'admission à la Clinique.....	15
Organisation de la consultation externe.....	16
Personnel de la Clinique.....	19
Partie statistique.....	20
Mouvement de la Clinique pendant l'année 1881.....	21
Énumération des maladies observées. Considérations générales.	22
Cataractes.....	33
Opérations diverses.....	37
Récapitulation numérique des maladies.....	40
Résumé des résultats.....	42
Carte statistique.....	45

AVIS.

Clinique ophtalmologique (hospice national des Quinze-Vingts), rue Moreau, 13, près de la Bastille. — Consultations tous les jours à 1 heure ; opérations, lundi et mercredi par M. le D^r FIEUZAL, médecin en chef. — Chef de clinique : D^r DUBOYS DE LAVIGERIE.

BULLETIN

DE LA

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE

DE L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CHOROÏDITE
DISSÉMINÉE ANTÉRIEURE.

Par le Dr FIEUZAL.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir suivre sur a même personne le développement concomitant d'une choroïdite antérieure double, restée limitée à la choroïde dans l'œil droit; qui fut, dès le début, soumis au traitement approprié, tandis que dans l'œil gauche, sur lequel la maladie avait débuté et avait été mal soignée lors de son apparition, celle-ci se compliqua de troubles de voisinage qui acquirent une excessive gravité; aussi croyons-nous devoir attirer l'attention de nos confrères sur une forme de maladie que l'observation clinique nous a depuis longtemps démontrée pouvoir occuper le segment antérieur de la choroïde, en restant indépendante des choroïdites qui occupent le segment postérieur, de façon à constituer une maladie se différenciant suffisamment des autres choroïdites pour mériter d'avoir sa place dans le cadre nosologique, sous le nom de *choroïdite antérieure*.

Au surplus, cette division paraîtra naturelle et jusqu'à un certain point justifiée par l'indépendance que nous savons exister entre les vaisseaux choroïdiens, constitués par les ciliaires antérieurs et postérieurs dont la longueur et la direction marquent une différence capitale dans le territoire qu'ils arrosent, et forment deux circulations indépendantes.

La description de cette forme de choroïdite, analogue à la choroïdite circonscrite, au point de vue des lésions qui la

constituent, ne se trouve, quant au siège, mentionnée dans aucun traité de maladies des yeux, ni dans le précieux et pourtant si complet recueil de Mackensie, ni dans les auteurs les plus récents dont il nous paraît inutile de faire l'énumération. Dans le *Handbuch* de Græfe et Sæmish, cette affection est confondue, ou si on aime mieux réunie avec les maladies du tractus uvéal ; et pourtant, à notre avis, eu égard à la constance de la localisation des lésions qui la constituent lorsqu'elle est simple, elle mérite une description à part, attendu que si elle était reconnue et traitée à son début, on aurait moins souvent à déplorer sa propagation vers le tractus uvéal et on éviterait les complications qui en sont la conséquence.

Il est incontestable pour nous, de même que pour le Dr Coursserant qui a fait de la choroïdite antérieure le sujet de sa dissertation inaugurale, qu'il existe au point de vue clinique une affection localisée dans cette partie de la choroïde comprise entre l'équateur de l'œil et la zone de l'ora serrata, dans le territoire baigné par les vaisseaux ciliaires longs réfléchis en ce point ; cette lésion insidieuse, à marche tantôt lente, tantôt brusque, ne se traduit le plus souvent que par quelques douleurs passagères, des éblouissements sous forme d'étincelles, des lourdeurs du globe, surtout dans la position inclinée de la tête et pendant le travail appliqué ; et, si elle n'est pas reconnue avant d'avoir donné naissance aux complications qui la rendent manifeste, elle peut acquies une excessive gravité.

La rareté des cas de choroïdite antérieure publiés dans les recueils spéciaux d'une part, l'absence de signes objectifs dans la zone périkératique et les troubles peu marqués qui annoncent son début d'autre part, nous ont porté à relever, parmi les malades qui se sont présentés à notre observation, les cas de cette maladie.

Nous avons trouvé sur plus de 34,000 malades inscrits, la choroïdite antérieure relevée 14 fois seulement. Admettons, ce qui est possible, qu'elle ait pu passer inaperçue dans un certain nombre de cas, on voit que c'est une maladie relativement rare.

Or, il importe au plus haut degré de la reconnaître à son début afin d'instituer de bonne heure un traitement qui mette

l'œil à l'abri des désordres graves qui accompagnent son évolution et que nous ne voyons trop souvent que lorsqu'il n'y a plus rien à faire contre elle.

Qui pourra jamais dire combien de cataractes, survenues à la suite de choroïdites antérieures à marche lente, et opérées sans aucune complication, ont donné lieu à un résultat mauvais, quand, au contraire, tout semblait devoir faire présager un résultat parfait qu'on aurait certainement obtenu si on n'avait pas eu affaire à cette cause méconnue ?

Mais si l'existence de la choroïdite antérieure ne saurait être niée cliniquement, les signes ophtalmoscopiques qui en dévoilent la présence sont des plus manifestes, à la seule condition qu'on sache les rechercher et qu'on veuille les trouver, car ils échappent à tout examen qui ne porte pas dans l'étendue de la région de la choroïde voisine de l'ora serrata.

Pour faire cet examen, il importe de dilater la pupille *ad maxima*, et de faire diriger le regard dans les positions extrêmes et méthodiquement dans les quatre directions cardinales, pendant que l'observateur procède tour à tour à l'examen du fond de l'œil par l'image droite et par l'image renversée.

Il n'y a pas pour lui d'autre moyen de découvrir l'hyperémie plus ou moins manifeste, la distribution irrégulière du pigment et la décoloration par places de la choroïde, qui constituent les signes objectifs du début ; plus tard, il est vrai, les lésions sont bien faciles à trouver, et, lorsqu'on a pu, comme nous le rapportons dans l'observation détaillée ci-après, suivre le développement progressif des phénomènes inflammatoires, on est surpris de voir avec quelle rapidité les plaques atrophiques succèdent à la période congestive ; c'est l'affaire de quelques semaines, et déjà au bout de deux ou trois mois on constate la présence désormais irrémédiable de nombreuses plaques destructives, offrant le dernier terme de l'évolution de la maladie, dont le résultat évident est de transformer la partie antérieure du segment de la choroïde en un véritable crible, donnant à cette région l'aspect d'une écumoire dont les trous formés aux dépens du stroma choroïdien, et comme faits à l'emporte-pièce, avec bordure pigmentée, laissent voir la sclérotique à nu, et privent toute cette partie antérieure

qui préside à la nutrition du cristallin de la plus importante des fonctions.

Dès lors, on peut s'attendre à voir se succéder les conséquences qu'entraînent fatalement les troubles de la circulation, et les obstacles apportés au libre échange des fluides nourriciers de cette zone si délicate du globe oculaire.

Cette maladie s'observe chez l'homme et chez la femme et se lie plus particulièrement chez cette dernière aux troubles de la menstruation si fréquents à l'époque de la ménopause.

Elle se rencontre volontiers chez les sujets atteints de diathèses, ayant provoqué des altérations notables de la nutrition, chez les malades atteints de la maladie de Bright, de lésions des parois vasculaires, favorisant les petites hémorrhagies miliaires; chez des personnes atteintes de myopie et qui ont surmené leur accommodation (influence de la contraction permanente du muscle ciliaire ou tenseur de la choroïde), enfin chez les rhumatisants et les cachectiques de tout ordre.

Son traitement consiste dans l'application à la région temporale de ventouses saignantes, instillation de collyre à l'atropine, compresses chaudes, bandeau compressif, modificateurs généraux, iodure de potassium, arséniate de soude, dérivatifs intestinaux.

La syphilis ne paraît pas jouer un rôle dans cette localisation de la choroïdite, tandis qu'elle frappe volontiers le segment postérieur, en y provoquant des choroïdites pathognomoniques de cette affection.

OBSERVATION.

Choroïdite antérieure disséminée avec poussées d'iritis consécutives,
liée à la ménopause.

Le 26 octobre 1881, Mme D..., 47 ans, tempérament nerveux, sujette à des gastralgies, à des migraines, jamais de syphilis ni de maladie antérieure grave. Jamais rien aux yeux, qui ont une conformation myopique, sans scléro-choroïdite postérieure.

M. 1 D avec $V = \frac{15}{20}$ pour l'œil droit, l'acuité de l'œil gauche ne peut être prise à cause du trouble des milieux.

Depuis quelques mois, les époques menstruelles sont irrégulières, et

depuis le mois de juillet, c'est-à-dire trois mois, elle est sujette à des douleurs légères au-dessus de l'œil gauche, lesquelles s'accompagnent de rougeur insignifiante, mais avec photophobie et larmoiement; ces troubles auxquels elle ne prêta pas grande attention furent combattus par un collyre au sulfate de zinc qui exaspéra le mal, car, avant cette médication, ils ne duraient guère que quelques jours et disparaissaient pour reparaître sans intensité, tandis que lorsqu'elle se présenta à ma consultation, je pus constater sur l'œil gauche, seul malade, une très légère rougeur péri-kératique, avec un point douloureux localisé dans la partie inférieure de la zone péri-kératique; la malade éprouvait des éblouissements avec sensations d'étincelles et une douleur péri-orbitaire; de plus, il existait une iritis avec synéchies peu adhérentes.

Le corps vitré lui-même était trouble et on y apercevait des flocons.

La pupille se dilata assez largement sous l'influence d'une goutte d'atropine que je lui instillai à ce moment dans l'œil, et les synéchies furent rompues en quelques jours par la continuation du même collyre.

A la deuxième visite, un examen méthodique du fond de l'œil permit de constater vers les parties antérieures, au niveau de l'ora serrata, l'existence d'une choroïdite disséminée en évolution (rougeur vive, distribution irrégulière du pigment), qui ne dépassait nulle part la région équatoriale et qui était surtout prononcée dans la région inférieure (photopsies, éblouissements, douleur localisée en bas, près de la cornée.)

Traitement : Sulfate de quinine, atropine, compresses chaudes, purgatif salin : calomel, 10 centigr. en potion, qu'on dut cesser pour cause de salivation avant que les 10 centigr. fussent achevés. L'œil droit, examiné après mydriase, ne présente rien à noter.

Le 12 décembre. Poussée d'iritis aiguë sur l'œil gauche, à la suite d'un léger refroidissement qui produit des synéchies postérieures multiples.

Atropine, 12 gouttes par jour; pavot, pommade napolitaine belladonnée, salicylate de soude (l'iodure de potassium n'est pas toléré à cause de l'estomac).

Le 22. Rupture complète des synéchies; les premières plaques d'atrophie choroïdienne apparaissent en bas de l'œil gauche; cinq ventouses saignantes furent appliquées à la tempe (une tous les six jours), continuation du traitement général et local.

Le 12 janvier 1882. Diminution considérable de l'hyalitis, une adhérence persiste en bas. Bromure de potassium. Rien à l'œil droit, quant aux signes ophtalmoscopiques. Il ne présente ni rougeur, ni quoi que ce soit de nature à attirer l'attention.

Le salicylate de soude est repris avec le bromure de potassium pour la nuit; légers purgatifs salins tous les deux ou trois jours; atropine, trois gouttes par jour, compresses; douleurs très vives la nuit.

1^{er} février. L'œil droit, qui donnait lieu, depuis quelques jours, à des douleurs localisées dans la région antérieure, avec éblouissements, fut pris tout à coup d'une poussée d'iritis subaiguë, et on put constater,

après la dilatation maxima de la pupille, qu'il présentait dans la zone voisine de l'ora serrata des plaques fortement pigmentées avec raréfaction du tissu propre de la choroïde; le corps vitré lui-même présentait une opacité diffuse qui me fit craindre pour lui les mêmes accidents observés sur l'œil gauche. Les ventouses furent de nouveau appliquées, et le traitement repris dans toute sa rigueur.

Le 16. On peut déjà voir toute la périphérie de la choroïde de l'œil droit parsemée de taches blanches, de choroïdite disséminée antérieure, avec opacité légère du corps vitré. Pas de synéchies qui aient résisté à l'atropine, dilatation régulière et maxima; l'œil gauche lui-même est en meilleur état et ne présente de plaques de choroïdite disséminée que dans la partie inférieure correspondant à la région douloureuse à la pression du doigt.

2 mars. Cessation des ventouses et de tout traitement général. La malade est soumise aux injections de peptonate mercurique ammoniacal, faites tous les trois jours dans la région fessière.

Le 4. Les milieux commencent à s'éclaircir à l'œil gauche; celui-ci est encore le siège de douleurs, cependant l'amélioration est manifeste; on continue l'atropine et les compresses de pavot. Pas d'époque menstruelle depuis 2 mois. Potion avec esprit de Mindererus sans résultat. Purgatifs salins, ergotine.

4 mai. A la suite d'un molimen hémorragique ramenant les règles, une nouvelle récurrence frappe à la fois les deux yeux, mais surtout l'œil gauche, dont la tension s'élève à $+2$, et dont le corps vitré est de nouveau très trouble. L'œil droit lui-même se trouble de nouveau, mais sans gravité. Continuation des injections qui sont très bien supportées, mais dont on ne saisit pas bien l'action altérante sur le processus morbide. A ce moment, il survient une métrorrhagie peu importante mais continue, attribuée par la malade à l'ergotine d'Yvon dont elle a pris 1 gr. en potion. Mais peut-être pourrait-on plus justement l'attribuer aux injections de peptonate?

Le 16. Nouvelle récurrence à l'œil gauche avec T. $+2$. Quelques gouttes d'ésérine amènent le myosis et la diminution de la tension, mais font reparaitre les douleurs péri-orbitaires autour de l'œil gauche seulement.

Le 20. L'état paraît satisfaisant et le mieux se prolonge jusqu'au 30, époque de la cessation des injections au peptonate.

Une nouvelle poussée se manifeste encore avec T. $+3$, et cette fois, après une seule goutte de sulfate d'ésérine, la tension redevient normale. (Salicylate et eau saline à dose laxative).

6 juin. L'œil droit est en parfait état ($V = \frac{15}{20}$) sauf les plaques nombreuses dont se trouve parsemée toute la région antérieure de la choroïde. Le corps vitré est tout à fait transparent.

Légère rechute le 24, après quoi il n'y a plus de douleurs et cet état se maintient encore ainsi plus d'une année après pour cet œil.

Quant à l'œil gauche, qui a été si longtemps le siège de poussées successives, c'est à peine s'il est injecté autour de la cornée, sa T. est nor-

male et tout paraissait fini, lorsque, le 15 juin, survint une nouvelle poussée, sans motifs apparents.

La malade est alors soumise à l'usage des bains de vapeur et à la quinine. Je lui conseille aussi l'emploi de l'arséniate de soude, et lui prescris des verres jaunes contre la photophobie.

4 juillet. La malade éprouve encore des photopsies : le phosphène temporal gauche, survenant la nuit spontanément (atropine, compresses chaudes, compression) ; poussée nouvelle d'iritis avec synéchies postérieures dans l'œil gauche vaincues encore par l'atropine ; quinine pendant quelques jours.

Le 13. Tout paraît rentrer dans l'ordre, sauf les douleurs la nuit, et la photophobie : bains de vapeur, arséniate de soude. K.Br.

Le 18. Nouvelle poussée avec forte rougeur péri-kératique ; cessation des bains de vapeur qui ne paraissent pas avoir produit beaucoup d'effet.

Le 22. Une synéchie persiste en bas, mais la T. est normale ; douleurs supportables.

1^{er} août. Pupille régulièrement dilatée, quelques douleurs passagères, plus de rougeur.

Le 24. L'état est encore une fois satisfaisant, plus de tension, ni douleur, ni rougeur, mais les milieux sont toujours troubles.

A partir de ce moment, la malade fait une compression tous les soirs avec de l'ouate boriquée et continue le salicylate de soude, qu'elle alterne avec le bromure de potassium.

De temps en temps, une goutte d'atropine est instillée dans l'œil gauche qui présente des alternatives d'amélioration et de rechutes, s'accompagnant de douleurs péri-orbitaires, que la malade combat aussitôt avec les gouttes d'atropine et un collyre au laurier cerise.

23 mars 1883. Réapparition des règles après une disparition de onze mois.

L'examen de l'œil droit permet de constater, dans la région de l'ora serrata, les traces d'une violente choroïdite avec destruction du stroma choroïdien, qui laisse voir la sclérotique à nu, dans un très grand nombre de points variant de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'une lentille et cependant, pour l'œil droit, la vision est redevenue normale de près et de loin, avec des verres corrigeant la légère myopie dont la malade est atteinte (1 D), sans traces de scléro-choroïdite postérieure

$$V = \frac{15}{20}.$$

L'œil gauche ($V = \frac{10}{40}$) est encore le siège de flocons dans le corps vitré et présente une synéchie postérieure en bas ; la malade éprouve encore souvent quelques photopsies vers la tempe gauche, mais trouve son état satisfaisant.

Depuis cette époque, j'ai continué à voir la malade régulièrement et pendant les dix mois qui ont suivi, c'est-à-dire

jusqu'à ce jour, j'ai pu constater que l'œil droit, qui en définitive est le siège de lésions choroïdiennes beaucoup plus considérables que le gauche, ne présente en dehors de ces plaques atrophiques aucun trouble des milieux, aucune douleur, et jouit d'une acuité normale, tandis que le gauche, chez lequel l'iritis n'a pu que difficilement être arrêtée, se trouve encore sous le coup de récidives possibles tenant, pour moi, exclusivement à la propagation, au début, de la choroïdite antérieure vers l'iris.

Pendant l'évolution de cette maladie aussi tenace, j'ai à plusieurs reprises agité la question de l'intervention opératoire. Fallait-il pratiquer une sclérotomie ou une iridectomie sur l'organe, dans le but de prévenir les récidives ? oui évidemment, si la tension était devenue glaucomateuse. Mais la tension ayant diminué assez rapidement sous l'influence de l'ésérine, je n'ai pas eu à la proposer autrement qu'à titre d'éventualité à prévoir, et j'avoue que dans ce cas je me sentais beaucoup moins pressé d'agir que dans les cas d'iritis, dites à rechute, dans lesquelles l'action de l'iridectomie est si efficace et si peu dangereuse ; je n'ai pas pensé, qu'avec une maladie en pleine évolution, il fut prudent de pratiquer une iridectomie, attendu que les seules complications que j'ai vu survenir à la suite d'iridectomies, exécutées en vue d'arrêter les poussées d'une irido-choroïdite en évolution, je les ai observées dans des cas qui se rapprochent beaucoup de celui dont je viens de rapporter l'observation, tandis que je n'en ai jamais vu après les irido-choroïdites glaucomateuses avec exsudats organisés par exemple, ou tout au moins avec occlusion partielle de la pupille ; or ce n'était pas le cas ici, puisque l'atropine a toujours, avec plus ou moins de rapidité, vaincu les adhérences, et n'a jamais été suivie d'augmentation permanente de la tension. Je dois ajouter, que je craindrais bien plus l'action de l'ésérine dans ces cas, à cause de l'action que cet alcaloïde exerce sur le muscle tenseur de la choroïde, ce qui m'a rendu très circonspect dans son emploi. Mais si je n'ai pas poussé à l'opération, je l'aurais néanmoins volontiers entreprise, pour peu que la tension eût persisté. Dans un cas pareil, je pratiquerais d'abord la sclérotomie, sauf à recourir plus tard à

l'iridectomie, si la première intervention n'était pas effective.

Il y a pourtant, à mon sens, de graves inconvénients à pratiquer plusieurs opérations sur le même œil pour la même maladie. Si j'étais convaincu de l'efficacité de l'iridectomie dans des cas pareils, je n'hésiterais pas à la préférer à la sclérotomie, parce que, pour le malade, une opération étant toujours une intervention à laquelle il n'aime pas à être acculé, nous devons donner la préférence à celle dont l'action a une plus longue portée ; or je ne crois pas que la sclérotomie puisse donner des garanties d'aussi longue durée que l'iridectomie dans l'espèce dont je parle, pour ne pas dire d'une manière générale, ce qui est bien près de ma pensée.

La connexion intime des membranes explique qu'il doit arriver fort rarement que la choroïdite reste limitée pendant son évolution à la choroïde ; quand elle siège en avant, elle s'associe volontiers à la sclérotite et à l'iritis : la scléro-choroïdite antérieure se différencie absolument de la forme ci-dessus décrite, qui devrait peut-être prendre le nom d'irido-choroïdite antérieure, de même qu'on donne à la choroïdite postérieure le nom de scléro-choroïdite ; celle-ci est grave lorsqu'elle se développe avec une certaine intensité, à cause du voisinage de la macula, vers laquelle elle se propage si fréquemment. Quant à la première, elle tire sa gravité du voisinage de la zone ciliaire, dans laquelle elle peut occasionner une phlegmasie, dont la gravité se mesure à la présence des canaux de filtration qui, sillonnant la région, en font un confluent dont il importe à tout prix de ne pas obstruer les ouvertures, comme le fait infailliblement la stase inflammatoire qui se développe en ce point.

Enfin cette observation fournit un argument de plus à ma thèse favorite, à savoir qu'il n'est jamais indifférent d'employer, pour une maladie oculaire quelconque, un de ces collyres que tous les médecins emploient, sans s'être préalablement rendu compte de l'existence possible d'une maladie à marche insidieuse et lente, faisant une explosion brusque et souvent terrible, à la suite de l'emploi intempestif d'un collyre à base métallique. On peut affirmer que le plus anodin peut selon les cas devenir très dangereux, et par conséquent on devrait être très réservé quand on les prescrit.

On ne saurait contester ici, par exemple, que la différence d'évolution de la même maladie sur l'œil droit et sur l'œil gauche ne soit imputable à un traitement mal dirigé au début pour l'œil gauche, et que la bénignité relative de la maladie sur l'œil droit ne soit imputable également à la médication instituée.

Les lésions fondamentales sont bien les mêmes, le terrain diathésique est aussi le même ; une seule chose diffère, c'est le traitement institué ; il ne saurait en conséquence y avoir matière à deux interprétations, et c'est la raison pour laquelle j'ai tenu à donner l'observation dans tous ses détails et sans esprit préconçu, pour que le lecteur reste libre d'en tirer telle conclusion qu'il jugera.

Cette observation serait complète, si nous avions pu y joindre la pièce pathologique ; mais il vaut mieux être réduit à des hypothèses, sur l'évolution de la choroïdite, et avoir conservé l'organe, que d'étayer son opinion sur la pièce elle-même. Les occasions d'énucléer des globes oculaires sont certes assez fréquentes, pour que nous puissions attendre qu'elles nous soient offertes par des yeux, atteints de choroïdite antérieure.

Les détails dans lesquels nous sommes entré pour l'observation ci-dessus nous dispensent de nous étendre sur les autres cas, au nombre de quatorze, que nous avons observés et dont j'énumérerai quelques-uns ici : ils portent sur 12 femmes et deux hommes.

Mme R..., ménagère, 35 ans, n° 11,676. — Choroïdite antérieure double, poussées successives depuis trois mois, douleurs péri-orbitaires, brouillard devant l'œil droit :

Hypotonie { OEil gauche, compte les doigts à 4 mètres.
— droit, $V = 1/2$.

Traitement : compresses chaudes, atropine, iodure de potassium, etc.

M. G..., cultivateur, 27 ans, n° 4,832. — Choroïdite antérieure de l'œil gauche consécutive à un traumatisme et accompagnée de décollement de l'hyaloiide.

OEil droit $V = 1 + 0,75 = 1$.

— gauche, compte les doigts à 1 mètre.

Même traitement

Mme G..., n° 6,776, 41 ans, papetière. — Choroïdite antérieure de l'œil droit avec dilatation inégale de la pupille.

Conformation hypermétropique :

$$\text{Œil droit } V = 1/2 + 4 = 1.$$

$$\text{— gauche } V = 1/3 + 3 = 1.$$

M. R..., n° 1,706, avocat, se plaint de douleurs localisées dans la région ciliaire ; a déjà été soigné sans résultat. L'examen après mydriase me fait découvrir les signes de la choroïdite antérieure en évolution sur les deux yeux qui n'étaient jamais sujets à des rougeurs, ni à rien qui pût attirer l'attention, en dehors des phénomènes subjectifs.

Traitement : Ventouses saignantes, iodure, purgatifs, repos, lunettes.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES SUR LES MALADIES DES VOIES LACRYMALES,

Par le Dr FIEUZAL.

Les affections des voies lacrymales qui amènent les malades en si grand nombre à la Clinique, sont traitées de différente façon, suivant qu'il y a simple larmoiement ou dacryocystite.

Dans le premier cas, nous débridons le point lacrymal inférieur et nous nous efforçons de ne l'agrandir que le moins possible (2 mm.), évitant avec le plus grand soin les grandes incisions qui n'ont sur les petites aucun avantage, pour conduire les larmes dans le canal lacrymo-nasal, mais qui lorsqu'elles atteignent 4 ou 5 millimètres ont l'inconvénient sérieux de former elles-mêmes un canal dont la paroi postérieure s'appliquant sur l'antérieure, l'oblitére et va justement à l'encontre du but qu'on cherche à obtenir.

Quand il y a dacryocystite, avec ou sans mucocèle, tumeur lacrymale, abcès au devant du sac et même fistule déjà anciennement établie, le moyen que nous employons est toujours le même, savoir : débridement du point lacrymal supérieur avec le couteau de Weber. Lorsque le canal nasal est atteint de carie ou de nécrose, pour ne pas nous exposer à casser le mince couteau de Weber dans les anfractuosités du canal, nous terminons l'opération, c'est-à-dire la section du tendon de l'orbiculaire et la division du sac, à l'aide du couteau de Stilling.

Un fragment de lame du couteau de Weber dans le canal nasal n'est pas, à vrai dire, une complication bien grave.

Sur plus de 1,000 opérations de dacryocystite, nous avons eu trois fois la mauvaise fortune de voir arriver cet accident. Dans deux cas, les malades ne s'en sont pas même aperçus et ne s'en sont jamais plaints. Le premier accident remonte à une dizaine d'années ; le second a été observé, il y a plusieurs années déjà, sur une femme atteinte de dacryocystite double et qui revient encore de temps en temps à la Clinique pour se faire sonder. Or cette malade se plaint davantage du côté gauche que du côté droit, et c'est précisément dans le canal nasal droit que se trouve encore le corps du délit. La troisième, après avoir souffert trois jours à la suite de l'accident, a pu être débarrassée du fragment de lame long de plus d'un centimètre, qui était resté dans le canal et qui vint faire de lui-même une légère saillie dans l'angle de la plaie trois jours après l'accident.

Il est inutile, croyons-nous, de chercher à ramener la lame au dehors, si elle ne se montre pas d'elle-même, en écartant les lèvres de la plaie, de façon à pouvoir être saisie solidement entre les mors d'une pince. Après le débridement des points et conduits lacrymaux, nous faisons le cathétérisme au moyen des sondes de Bowman terminées par un bout olivaire et nous ne faisons usage que des n^{os} 3, 4 et 5 ; jamais nous ne dépassons ce numéro qui remplit le calibre d'un canal nasal physiologique, et qu'il nous semble dangereux et tout à fait inutile de dépasser.

Lorsqu'il y a dilatation du sac et affection osseuse ou seulement bourgeonnement des parois, nous introduisons une sonde à demeure en argent dont la bécuille vient d'elle-même se placer dans le grand angle de l'œil sans occasionner la moindre gêne à celui qui la porte.

Ces sondes sont gardées un temps variable par les malades qui les supportent très facilement. Il est utile de les mouvoir de temps en temps pour éviter l'encroûtement par des sels calcaires.

Obs. — Mme L..., 29 ans, couturière, n^o 14.290, se présente avec une tumeur lacrymale et fistule consécutive, elle a été soignée dans une clinique de la ville, par le débridement du point inférieur et sondée pendant plusieurs mois sans aucun résultat.

Nous opérons par le point supérieur et, après la section, nous introdui-

sons une petite sonde à bécuille que la malade garde trois mois ; elle vient se montrer une fois par semaine à la consultation ; sa fistule sans aucun autre traitement s'est tarie, l'ulcération s'est comblée et la guérison a été définitive en trois semaines. Elle a quitté sa sonde à demeure au bout de trois mois et est venue plusieurs fois depuis pour nous amener des malades ; elle ne pleure plus, son œil ne jette plus d'humeur, et c'est à peine si on pourrait reconnaître la place de la fistule.

C'est là un résultat parfait que nous avons bien des fois enregistré et qui accompagne habituellement, nous pouvons le dire sans crainte d'être démenti, le traitement des fistules lacrymales.

Il est rare que les fistules anciennes, même celles qui depuis plusieurs années donnent lieu à des érysipèles de la face, reparaissant avec une désespérante régularité, avec les abcès de la région du sac, résistent plus de trois ou quatre semaines au traitement que nous venons d'indiquer.

Nous n'en avons encore rencontré qu'une qui a nécessité la cautérisation concomitante des lèvres de la fistule avec le galvano-cautère et que nous rapportons ci-après. Il nous est difficile en conséquence de partager l'opinion de ceux des oculistes qui érigent en méthode, le traitement de la fistule, par l'avivement des bords de l'ulcère, avant d'avoir au préalable guéri la dacryocystite. Quant au clou de Scarpa ou à la canule de Dupuytren, ce sont des moyens antiphysiologiques dont rien ne saurait désormais justifier l'emploi.

Mais si les fistules guérissent très bien dans l'immense majorité des cas, par le rétablissement du cours normal des larmes, on ne peut en dire autant de certains catarrhes du sac et de certains larmolements qui persistent malgré le traitement et auxquels nous sommes en train d'appliquer le traitement par l'iodoforme.

Aussi quand un larmolement persiste malgré le passage facile d'une sonde n° 5, pensons-nous qu'il est inutile de continuer le traitement et qu'on doit se borner à prescrire un collyre légèrement astringent ou antiseptique, tel que l'acide borique, qui dispense les malades de venir se faire mettre la sonde.

C'est à des cas de cette catégorie que j'ai fait allusion,

lorsqu'au congrès de Milan, en 1880, je disais qu'il y avait certains malades qui venaient par habitude se faire mettre la sonde et qu'il fallait leur affirmer qu'ils étaient guéris pour qu'il renonçassent à encombrer les salles.

Sur l'immense quantité de malades atteints d'affection des voies lacrymales qui fréquentent la Clinique, et qui y trouvent la guérison dans un espace de temps qui varie de un à trois mois, un certain nombre y viennent pendant plusieurs années et pourraient, à notre avis, se dispenser d'y venir autrement qu'une fois par hasard, tous les mois par exemple.

Les tout jeunes enfants de quelques semaines qui sont atteints de dacryocystite guérissent très vite avec le débriement et n'ont pas besoin d'être sondés longtemps ; j'en ai vu plusieurs, guéris entièrement après trois cathétérismes et une ou deux injections.

Le traitement général approprié à la cause même qui a amené la lésion, devra toujours être institué dès le début. On aura recours aux préparations iodurées, arsénicales, aux toniques amers, à l'huile de foie de morue, etc.

En adjoignant au traitement général le cathétérisme et les injections de temps en temps, il est rare qu'on ne triomphe pas des cas les plus rebelles, et ce n'est que très exceptionnellement qu'on aura besoin de recourir à des cautérisations dans l'intérieur du canal.

Nous devons toutefois faire une réserve en ce qui concerne ces dilatations extrêmes du sac qui ne permettent que très difficilement à la poche de se vider et qu'on peut être obligé d'ouvrir par la peau, afin de toucher directement les parois du sac.

Nous en avons rencontré un certain nombre et, dans tous les cas, nous avons réussi à guérir la dacryocystite et à réduire le volume du sac : 1° par des incisions répétées plusieurs fois à quelques semaines d'intervalle, avec le couteau de Stilling ; 2° en faisant passer de temps en temps des injections d'eau phéniquée ; 3° en faisant prendre l'habitude au malade de presser avec la pulpe du doigt sur la région du sac, le plus souvent possible dans la journée ; 4° enfin, en introduisant et faisant porter constamment la sonde à bécuille. (Un malade, dont il nous paraît inutile de rap-

porter ici l'observation parce que ces observations se ressemblent toutes, a gardé la sonde pendant six mois, sans en ressentir le moindre inconvénient, et même sans que la petite béquille eût déterminé la moindre rougeur érythémateuse dans le grand angle de l'œil.)

Le traitement des affections des voies lacrymales peut donc être ramené à une très grande simplicité, et le nombre des guérisons obtenues par les procédés que nous venons de mentionner est, croyons-nous, de beaucoup supérieur à celui qu'on obtient par d'autres méthodes mises en usage dans diverses cliniques oculaires ou chirurgicales.

Pour nous, il n'y a pas mieux à faire que le cathétérisme des voies naturelles, mais nous sommes convaincu qu'on n'arrivera jamais à guérir une dacryocystite, même lorsque le pus revient par le point inférieur, en débridant seulement ce point, et c'est pour nous une règle absolue d'opérer toujours le *point supérieur*, dès qu'il y a la moindre *sécrétion*; au contraire, nous réservons le débridement du *point inférieur* pour les cas dans lesquels il n'y a que *larmoiement*. Nous avons si souvent vu cette pratique justifiée et nous en avons rapporté tant d'exemples, que ce serait une répétition inutile que d'insister ici en en fournissant de nouvelles observations.

Les difficultés parfois très considérables qu'on rencontre, pour pénétrer dans les voies lacrymales, par le point inférieur, peuvent tenir à plusieurs causes, au premier rang desquelles il faut placer le rétrécissement du canal lacrymal un peu avant le lac lacrymal; puis la dilatation de ce lac et du sac, et enfin la difficulté qu'on a parfois de maintenir la peau de la paupière assez tendue, pour qu'une sonde puisse, sans entraîner la muqueuse, arriver jusqu'à la paroi interne du sac lacrymal.

Pour vaincre ces difficultés, la première condition est de faire tenir la tête du patient et de bien fixer la peau du bord de la paupière, en interposant un linge de toile entre le pouce de la main gauche et la peau de la région palpébrale inférieure; si c'est en haut qu'on veut pénétrer, il faut tendre la peau de la paupière supérieure de façon à donner un trajet rectiligne au canal lacrymo-nasal. La pénétration par en haut est tou-

jours plus facile que par le point inférieur, lorsque la section a été bien faite.

Nous avons l'habitude d'employer, dès le début du traitement, une sonde à bout olivaire du n° 3 de Bowman. Depuis longtemps nous avons renoncé aux sondes des n° 1 et 2 ; nous préférons de beaucoup, lorsque le n° 3 ne peut dépasser le lac lacrymal et s'engager dans le canal nasal sans entraîner la muqueuse en perforant un pli de celle-ci, retirer la sonde sans chercher à la redresser. Il est rare qu'au bout de deux ou trois tentatives de ce genre, la résistance du conduit lacrymal ne soit vaincue et ne permette la facile introduction d'une sonde n° 3.

Obs. — Dacryocystite ancienne avec carie des os propres du nez et fistule avec affaissement et flaccidité des lèvres de la fistule. Incision du conduit supérieur, cathétérisme à demeure. Persistance de la fistule. Cautérisation à l'aide du galvano-cautère. Guérison.

L'enfant D..., n° 12,248, 9 ans, atteinte de fistule lacrymale depuis six ans et de larmolement, a été sujette à diverses reprises à une inflammation du sac, qui a laissé après son ouverture une fistule lacrymale pour laquelle elle se présente à la consultation. Le 10 octobre 1882, elle est opérée de dacryocystite et on lui laisse une sonde à demeure qu'elle conserve pendant deux mois. Contrairement à ce qui se passe dans l'immense majorité des cas, la fistule continue à rester perméable. Le 10 décembre, cautérisation à l'aide de l'aiguille du galvano-cautère, du trajet fistuleux et du sac. Six jours après, chute de l'eschare. Pansement à l'eau oxygénée. Le 10 janvier, la cicatrice de la fistule était complète et la guérison se maintient et paraît définitive. Il va sans dire qu'un traitement général (huile de foie de morue, iodure de potassium) a été institué dès le début.

DE L'EMPLOI DE L'IODOFORME EN OCULISTIQUE,

Traduction résumée par le Dr FIEUZAL.

Dans le compte rendu de la Société d'ophtalmologie d'Heidelberg pour 1881, publié dans le *Centralblatt de Berlin*, nous avons trouvé que le Dr Brettauër, de Trieste, fit part à la société des résultats qu'il avait obtenus de l'emploi local de l'iodoforme en thérapeutique oculaire, dans un cas qu'il crut être une tuberculose primitive de la conjonctive bulbaire,

qu'il détruisit avec le thermo-cautère Paquelin; il traita la végétation, s'annonçant comme une récidive de la tumeur enlevée, par l'iodoforme cristallisé, porté en masse à l'aide d'un pinceau et recouvert avec un bandeau compressif; plus tard, il l'insuffla comme on fait pour le calomel; ensuite il fit usage de la vaseline mêlée par parties égales avec l'iodoforme; l'œil supporta très bien toutes ces préparations, et les végétations disparurent entièrement.

Brettauer obtint aussi de très bons résultats, dans un cas de pannus granuleux, traité déjà sans succès par la péritomie; là encore, l'iodoforme amena le patient à compter les doigts à 3 mètres au lieu de les compter à 0,50.

De même, dans des granulations aiguës, avec érosions récentes de la cornée, ainsi que dans la kératite interstielle.

Horner dit l'avoir employé aussi avec succès contre le pannus granuleux de la cornée, et le trachome folliculaire; il fait une friction avec une pommade à la vaseline, 1/15.

Leber annonce qu'à Göttingue, Deutschmann l'a employé avec succès dans des kératites avec hypopyon.

Nieden l'a employé dans le lupus palpébral, sous forme de poudre ou de pommade mélangée au collodion élastique dans la proportion de 1/10, et pour atténuer l'effet produit sur l'odorat, il le mélange (1/10) avec l'acide tannique: très bon résultat.

Haase l'a introduit dans les cas de dacryocysto-blennorrhée, dans le sac, après sa division et son élargissement, et n'a eu qu'à se louer de son emploi.

Le Centralblatt de janvier 1883, contient sur le même sujet un travail très étendu du Dr Landesberg de Philadelphie, et dans lequel nous trouvons des résultats que nous sommes heureux de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

Il y a quatre ans qu'il en a commencé l'emploi et ses observations portent sur le chiffre très respectable de 1,364 cas, il l'emploie sous la forme topique de poudre, pommade 1/10 ou 15 et en proportion semblable, mêlé au collodion, ou encore au moyen de blancs d'œufs; 1 sur 50 ou 100 parties d'eau; enfin, en vaporisant l'eau dans laquelle il a mis chauffer l'iodoforme.

L'iodoforme doit être employé toujours très finement pulvérisé, c'est *capital* pour qu'il soit toléré, de même il ne faut pas le *laisser vieillir*. Il donne la préférence à l'oléo-iodoforme qu'il fait préparer, en mettant 5 0/0 d'iodoforme dans l'acide oléique, parce qu'il sent ainsi moins mauvais que les autres préparations.

C'est pour lui, comme pour Moleschott, un antiphlogistique, délayable, puissamment résolutif, absorbant, et calmant la douleur ; il cite que Deutschmann, dans un article, a reproduit ce passage de de Graefe (Arch. XVIII, I). « L'iodoforme est à essayer dans les cas de profondes infiltrations de la cornée avec ou sans hypopyon, aussi bien que dans les blessures de la surface de cette membrane. »

Il cite encore le travail de Rava sur l'iodoforme, et termine par une classification des résultats obtenus que nous avons résumée de la façon suivante :

Résultats obtenus par l'emploi de l'iodoforme.

Maladies: 1° Catarrhe conjonctival 55 cas ; dans 21 aggravation, dans 6 inflammation violente avec phlegmon, dans 15 inflammation folliculaire; dans 13 il s'est montré inefficace mais non nuisible.

2° Conjonctivite blennorrhéique, 13 cas ; dans tous il a été absolument nuisible ;

3° Conjonctivite purulente des nouveau-nés : 7 cas absolument nuisible ;

4° Conjonctivite purulente, 1 cas absolument nuisible ;

5° Conjonctivite granuleuse aiguë ou chronique, 30 cas ; dans tous inefficace et plus ou moins nuisible, dans 9 non nuisible, dans 21 plus ou moins nuisible ;

6° Dacryocysto-blennorrhée, 25 cas traités par l'iodoforme et sans cathétérisme, il a été sans effet nuisible ni utile ; dans 15 traités par la sonde et l'iodoforme, il a fallu ajouter les injections astringentes dans le sac lacrymal ;

Dans les cinq catégories de maladies ci-dessus citées, Landesberg a mis en usage l'iodoforme en poudre impalpable, et dans la sixième, il l'a suspendu dans l'eau albumineuse (1 pour 50 à 100 d'eau) qu'il injectait dans le sac lacrymal.

7° Maladies des paupières : blessures, excoriations, 37 cas ; il étend sur l'ouate une couche épaisse d'iodoforme au collodion qu'il place sur les parties blessées ; une seule application par jour a amené la guérison dans la plupart des cas.

b. Érythème, exanthème, eczéma, 165 cas ; l'oléo-iodoforme et le collodion iodoformé se recommandent particulièrement de préférence à tous les médicaments en usage par leurs effets prompts et sûrs, le premier peut se mettre plusieurs fois par jour à l'aide d'un pinceau ; chez les enfants, il préfère le collodion à la condition que l'irritation soit médiocre.

Il emploie encore le bandeau compressif avec l'oléo-iodoforme pour enlever rapidement la cuisson et la douleur.

Il n'en est pas de même pour les eczémas primitifs, avec ou sans propagation sur les joues, qu'il traite avec le précipité blanc ; de même pour les blépharites marginales simples ou ulcéreuses qu'il traite tantôt par l'oléo-iodoforme, tantôt par la pommade hydrargyrique.

c. Dans un cas de carie du rebord de l'orbite consécutive à un traumatisme il obtint la guérison rapide en remplissant de poudre d'iodoforme la cavité réouverte ; il renouvela le premier pansement au bout de six jours, et ensuite deux fois par jour ; au bout de trois semaines, un léger ectropion était la seule trace de la maladie qui remontait à deux ans.

d. Dans un cas de lupus de la paupière inférieure avec propagation vers la conjonctive tarsale, il obtint une guérison rapide, presque sans cicatrice apparente, en couvrant les tubercules saignants et les excroissances de la tumeur avec une épaisse couche d'iodoforme.

e. Deux cas d'ectropion cicatriciel de la paupière supérieure ; un cas d'ectropion de la paupière inférieure, opéré par autoplastie ; un cas de symblépharon partiel de la paupière inférieure ; un cas de carcinome étendu à toute la paupière inférieure, furent très favorablement influencés par le bandeau compressif d'iodoforme.

8° Conjonctivite phlycténulaire et pustuleuse, 125 cas. Employé en substance ou en oléo-iodoforme, il vient immédiatement après la pommade hydrargyrique.

9° Affections cornéennes ; kératite phlycténulaire margi-

nale, 185 cas ; même résultat qu'avec la pommade hydragyrique.

10° Infiltrations superficielles et torpides de la cornée, 112 cas ; l'éclaircissement s'obtient plus rapidement qu'avec tout autre moyen.

11° Herpès cornéen, 5 cas *avec haut degré d'irritation ciliaire* ; traités avantageusement par la poudre d'iodoforme couvrant la surface malade.

12° Pannus cornéen, 60 cas ; l'iodoforme est surtout recommandable même quand il y a dégénérescence cicatricielle de la cornée.

13° Xérophthalmie, 3 cas guéris ; tantôt employé sous forme de pommade, tantôt à l'aide du *vaporisateur*.

14° Kératite diffuse 15 cas ; toujours favorable.

15° Blessure de la cornée, 50 cas, et 45 d'infiltrations localisées (petits abcès), guéris avec l'emploi de la pommade à l'iodoforme en y ajoutant quelquefois l'ésérine.

16° Enfin herpès zoster ophtalmique, un cas rapporté avec terminaison favorable.

A la suite de ce compte-rendu, nous publions les résultats obtenus à la clinique par M. Saint-Martin, interne de l'établissement et qui ont trait au même sujet ; on y voit que le traitement par l'iodoforme ne nous a pas donné d'aussi satisfaisants résultats que ceux obtenus par les D^{rs} Brettauër et Horner pour ce qui concerne les granulations anciennes ; quant au pannus et à la kératite en bandelette, nos résultats concordent avec ceux annoncés par le D^r Landesberg ; du reste, nous tiendrons ultérieurement nos lecteurs au courant des tentatives que nous avons déjà entreprises pour établir définitivement le rôle de l'iodoforme dans la thérapeutique oculaire.

DU TRAITEMENT DE CERTAINES AFFECTIONS OCULAIRES PAR LA POMMADE A L'IODOFORME.

Par M. SAINT-MARTIN, interne du service.

Depuis environ un an nous avons recueilli un assez grand nombre d'observations relatives au traitement de certaines affections oculaires par l'iodoforme, lorsque, dans un des derniers numéros des Archives d'ophtalmologie de M. le professeur Panas, nous avons lu sur ce sujet un travail du docteur Manolescu, médecin oculiste de l'hôpital Brancovano et de l'hôpital des enfants à Bucharest.

Les expériences faites par le docteur Manolescu ont porté en grand nombre sur des affections pour lesquelles nous avons employé nous-même l'iodoforme. Les résultats obtenus ont été à peu de chose près les mêmes et nous ne croyons pas inutile de publier nos observations propres, qui comme celles du docteur Manolescu prouvent incontestablement les excellents résultats que l'on peut retirer de ce mode de traitement,

L'iodoforme a été employé sous forme de pommade, parties égales de poudre d'iodoforme finement pulvérisé et de vaseline. Nous avons insisté beaucoup pour que l'iodoforme fût réduit en une poudre impalpable, car cette précaution prise, il est beaucoup plus facilement supporté par les malades.

Les affections que nous avons traitées par la pommade à l'iodoforme sont les suivantes : granulations palpébrales avec pannus vasculaire consécutif; ophtalmies blennorrhagiques, pustules conjonctivales, taies de la cornée, kératites en bandelette, kératites diffuses.

Dans toutes ces affections, l'iodoforme entre les mains du D^r Manolescu aurait donné de très bons résultats. Nous avons observé trois cas d'ophtalmie blennorrhagique dans lesquels le traitement par l'iodoforme a été nul ; dans les granulations palpébrales avec pannus, l'iodoforme n'a agi que sur le pannus sans guérir les granulations; dans les kératites en bandelette, affection liée généralement à un état scrofuleux, je ne crains pas de dire et les observations suivantes le prouvent que l'iodoforme a fait merveille.

Les malades soignés avec la pommade à l'iodoforme venaient régulièrement chaque jour à la clinique; la pommade était introduite avec un stylet mousse dans le cul-de-sac conjonctival de l'œil atteint. Pansement oclusif avec de la toile fine, de l'ouate et une bande de flanelle qui maintenait le tout jusqu'au lendemain.

Ce mode de pansement a toujours été très bien supporté par les malades.

Grâce à l'occlusion complète des paupières, l'iodoforme n'était pas entraîné par les larmes et agissait ainsi très efficacement, soit sur l'affection cornéenne, soit sur l'affection conjonctivale.

OBSERVATION I. — Mlle M. B. ... Pannus granuleux double. L'affection remonte à quatorze mois.

La maladie a débuté par des granulations palpébrales contractées près d'une enfant du même âge. Deux mois après l'apparition des granulations, pannus vasculaire de toute la moitié supérieure des deux cornées. Dans l'espace de quelques jours, photophobie très intense, épiphora et sécrétion muco-purulente très abondante. C'est dans cet état que la malade se présente à la clinique. Le traitement institué fut le suivant: pulvérisations fréquentes avec une solution d'acide phénique au 250°; instillation chaque jour d'abord de trois gouttes de sulfate neutre d'éserine, puis d'une seule goutte tous les deux jours. Pendant dix mois, la malade a suivi régulièrement la consultation de la clinique, la sécrétion muco-purulente seule avait disparu, grâce aux pulvérisations fréquentes d'eau phéniquée; par contre, la cornée était devenue complètement trouble, vascularisée, la photophobie, l'épiphora restaient les mêmes, la conjonctive était tapissée de granulations.

Le 11 avril 1882, on commence le traitement à l'iodoforme. Pansement chaque jour. Nettoyage complet de l'œil au moyen de pulvérisations phéniquées, introduction au niveau des culs-de-sac de la conjonctive de pommade à l'iodoforme. Bandeau de flanelle. Huit jours après, amélioration notable, la photophobie était de beaucoup moindre, la cornée toujours trouble ne présentait plus cet état qui a valu à l'affection le nom de pannus crassus, les vaisseaux de nouvelle formation avaient disparu en grande partie, laissant à nu sur divers points de la cornée des ulcères comblés déjà en grande partie par du tissu conjonctif, les granulations palpébrales étaient toujours aussi saillantes. Pendant un mois encore, le traitement est continué avec la même rigoureuse exactitude; la photophobie et l'épiphora ont complètement disparu, le pannus n'existe plus, des taies de la cornée existent à la place des anciens ulcères, les granulations palpébrales sont toujours les mêmes. Pendant la journée, nous faisons porter à la malade des conserves bleues; tous

les soirs elle continue à mettre de la pommade à l'iodoforme. Cautérisation des granulations avec un cristal pur de sulfate de cuivre.

État de la malade le 1^{er} juin. — Taies de la cornée complètement disparues, granulations palpébrales très améliorées. On cesse l'iodoforme. Un mois et demi environ a suffi donc pour guérir le pannus, les taies ont disparu vers le quatrième mois, les granulations seules sont restées rebelles au traitement.

Obs. II. — Enfant M... R.... Leucome adhérent double, suite d'ophtalmie purulente (affection ancienne). — Granulations palpébrales avec pannus vasculaire et blépharospasme (affection récente). — Se présente à la clinique le 11 mars 1882. Traces manifestes de scrofule. Traitement. Pulvérisations fréquentes avec une solution phéniquée. Instillation de sulfate neutre d'ésérine. L'enfant ne se laissant pas bien soigner et l'état des yeux ne s'améliorant pas, le Dr Fieuzal pratiqua trois semaines après des sutures de Gaillard, et dès le lendemain on commença le traitement par l'iodoforme.

20 mai. Le blépharospasme a disparu, la cornée s'éclaircit dans le tiers inférieur. Continuation du traitement.

1^{er} juin. Quelques vaisseaux couvrent encore la cornée au niveau des leucomes, transparence complète des autres parties. Continuation de la pommade pendant la nuit seulement. Lavages fréquents pendant la journée avec la solution phéniquée.

Le 10. Toute trace de vaisseaux a disparu. Deux mois après, l'état de l'enfant était aussi satisfaisant que possible, les granulations mêmes avaient disparu en grande partie; deux pupilles optiques furent pratiquées par le Dr Fieuzal, l'acuité visuelle a été notablement améliorée.

Dans dix autres observations que nous avons recueillies le résultat a été le même.

Obs. III. — M. L... se présente à la clinique atteint d'ophtalmie blennorrhagique de l'œil droit.

Le début de l'affection remonte à quatre jours. Œdème considérable des paupières, suppuration abondante. Chémosis intense étreignant déjà tout le cercle cornéen. Les symptômes étaient tellement graves que nous n'osâmes pas instituer un traitement exclusif par l'iodoforme.

Immédiatement de larges et profondes scarifications furent pratiquées sur le chémosis, lavages à peu près constants avec de l'eau phéniquée au 250^e.

Le malade, le soir, mettait de la pommade à l'iodoforme sous la paupière et la gardait ainsi sous un bandeau jusqu'au lendemain matin. Malgré ce traitement énergique répété tous les jours, le mal ne fit qu'empirer, une perforation de la cornée eut lieu avec une vaste hernie de l'iris, des douleurs intolérables survinrent nécessitant sans retard

l'énucléation. Malgré les recommandations les plus pressantes faites au malade, malgré les précautions prises par nous-même, l'œil gauche fut atteint à son tour par la contagion. Soigné dès le début, et voyant les phénomènes débiter par une légère rougeur conjonctivale, nous instituâmes immédiatement le traitement par la pommade à l'iodoforme. Malheureusement les faits ne vinrent pas répondre à notre attente. La rougeur augmenta peu à peu, la sécrétion devint plus abondante, un léger chémosis apparut au troisième jour; l'iodoforme fut continué, tous les jours des cautérisations au nitrate d'argent furent pratiquées méthodiquement, irrigations fréquentes avec de l'eau phéniquée. L'ophtalmie eut une période d'accroissement qui dura deux jours, puis peu à peu les phénomènes inflammatoires disparurent, l'œil fut sauvé.

Obs. IV. — M. M... se présente à la clinique atteint d'ophtalmie blennorrhagique de l'œil droit depuis six jours. La maladie était tellement développée qu'il n'y avait presque plus d'espoir de sauver l'œil. Le chémosis recouvrait la cornée jusque près de son centre, cette dernière à sa partie inférieure commençait à devenir déjà grisâtre, les paupières étaient très œdématisées, la suppuration grisâtre très abondante. Scarifications immédiates. Ventouses de Heurteloup à la tempe. Calomel à l'intérieur. Badigeonnages avec de l'acide salicylique, lavages avec de l'eau phéniquée. En outre, pour la nuit, on mettait sous la paupière de l'œil malade de la pommade à l'iodoforme. Le résultat a été nul, la cornée était sur le point de tomber en sphacèle, lorsque nous n'avons plus revu le malade qui, ne pouvant pas se soigner chez lui, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, où l'énucléation a eu lieu quelques jours plus tard.

Dans ces trois cas, l'iodoforme n'a eu aucune influence sur la marche de la maladie.

Il est vrai que dans deux cas le mal avait déjà tellement fait de progrès qu'on ne pouvait pas compter sur l'efficacité d'un traitement quel qu'il fût; mais dans la première observation, la pommade à l'iodoforme, employée dès le début de la maladie atteignant le second œil du malade, n'a pas empêché le progrès des phénomènes inflammatoires et ce n'est qu'aux cautérisations méthodiques et aux lavages fréquents avec de l'eau phéniquée que le mal a cédé.

Les résultats du traitement des kératites en bandelette par la pommade à l'iodoforme sont plus concluants. Sur 21 malades atteints de cette affection, dont j'ai pris les observations, 18 ont guéri rapidement et complètement sans rechutes, les autres ont guéri, mais moins promptement.

Obs. V. — Kératite en bandelette. Guérison complète. — Enfant L... Tempérament scrofuleux. Impetigo de la face et du cuir chevelu. Engorgement ganglionnaire. Début de l'affection le 29 décembre 1882. L'œil droit seulement est atteint. Pendant douze jours, aucun soin n'ayant été donné et le mal ne faisant qu'empirer, l'enfant est présenté à la clinique le 10 janvier 1883. O. G. intact., O. D. Kératite en bandelette s'étendant jusqu'au centre de la cornée. Photophobie. Epiphora considérable. Les paupières sont relevées à l'aide des écarteurs et dans le cul-de-sac conjonctival supérieur on introduit la pommade à l'iodoforme. Pansement avec de l'ouate que maintient une bande de flanelle. Pendant deux jours, l'affection reste stationnaire. Au troisième jour, l'enfant ouvre lui-même les yeux, la photophobie a complètement disparu, l'épiphora persiste encore, mais beaucoup moins considérable.

Le 18 janvier, cinq jours après la première application de pommade à l'iodoforme, les vaisseaux recouvrant la traînée de tissu conjonctif et partant de la conjonctive pour se rendre au centre de l'ulcère, ont complètement disparu, la lumière est parfaitement supportée, l'épiphora n'existe plus, une taie dessinant la forme de la kératite en bandelette persiste seule. Devant ce résultat, on enlève le bandeau, on continue l'application de la pommade tous les soirs seulement, en vue de faire disparaître la taie.

Deux mois après, il n'y avait pas de récurrence, la taie était réduite à un léger néphelion.

Obs. VI. — Kératite en bandelette. Guérison moins rapide. Récurrence. — Mlle M... P.... Se présente le 13 janvier 1883. Tempérament lymphatique. Malade de l'œil droit à différentes reprises, depuis l'âge de 7 ans. Actuellement, O. D. kératite en bandelette à l'état aigu depuis quinze jours. 13 janvier : Traitement à l'iodoforme. 20 janvier : Première guérison. Taie consécutive. Continuation de la pommade. 22 janvier : La malade se croyant à l'abri de toute récurrence, abandonne tout traitement, s'expose à l'air, se lave les yeux à l'eau froide et finalement revient à la clinique avec une rechute des plus intenses. Nouveau traitement méthodique, nouvelle guérison se manifestant le 10 février. Actuellement 20 mars, la malade continue à mettre de la pommade sur l'œil droit tous les soirs ; il n'y pas eu de rechute, un léger néphelion persiste encore.

Obs. VII. — N° 15,670. Enfant D..., 11 ans. O. G. Kératite en bandelette.

L'enfant était déjà atteint de kératite depuis environ un an, lorsqu'il vint pour la première fois à la clinique. L'œil gauche est atteint de kératite en bandelette dans sa période la plus aiguë. D'après les excellents résultats qu'en aurait retirés le Dr Prouff, une périlomie partielle au niveau de la kératite est pratiquée le 28 mars par le Dr Fieuzal. Peu

à peu, les vaisseaux de nouvelle formation disparaissent et dans l'espace de quinze jours l'enfant pouvait être considéré comme guéri.

Le 26 avril, sans imprudence de la part de l'enfant, nouvelle poussée aiguë, très intense au même point. La photophobie et l'épiphora sont considérables, et les douleurs assez vives. Traitement par la pommade à l'iodoforme.

5 mai. Guérison complète. Taie consécutive.

Le 20. La guérison se maintient, mais la pommade est encore continuée.

La pommade à l'iodoforme dans les cas de pustule conjonctivale n'a pas donné de meilleurs résultats que la pommade au bioxyde d'hydrargyre, les pustules ont certainement disparu, mais pas plus rapidement que par l'application de la pommade au précipité jaune. Nos observations portent sur 46 cas.

Il en est de même pour le traitement des kératites diffuses par l'iodoforme. La durée de l'affection si longue avec tout autre traitement n'a pas été diminuée. Sur 8 malades soignés à l'iodoforme, 5 seulement ont pu supporter la pommade. Le traitement fut suivi régulièrement pendant 4 mois et on ne peut constater encore qu'une très légère amélioration.

KYSTE SOUS-CONJONCTIVAL DE NATURE INFLAMMATOIRE ET PROVOQUÉ PAR LA PRÉSENCE D'UN PARASITE.

Observation et examen histologique par E. BINET, chef du laboratoire.

Au mois de mars dernier est amené à la clinique du Dr Fieuzal, par son confrère le Dr Mauduit, l'enfant M. G..., âgé de 4 ans, fils d'un marchand boucher.

Cet enfant présente à la partie interne de la conjonctive bulbaire, et sous cette membrane, une petite tumeur de la grosseur d'un gros pois, plus longue que large, mobile, et située entre l'insertion du droit interne et la caroncule.

Le père de l'enfant nous raconte qu'il y a trois mois le petit malade, en jouant derrière son étal, a reçu un coup de fusil de boucher sur le front. Quatre jours après, on vit se développer une petite rougeur à la partie interne de la conjonctive, puis bientôt une petite tumeur, de la dimension d'un grain de millet, se développa, ne fit qu'augmenter pour arriver au volume qu'elle occupe actuellement.

M. le Dr Fieuzal voit l'enfant le 31 mars, et sans attacher aucune relation entre le coup et la lésion, pose le diagnostic de kyste sous-con-

jonctival inflammatoire et l'énuclée dans sa totalité, après avoir débridé la conjonctive. Une suture conjonctivale est placée pour réunir les lèvres de la plaie conjonctivale, et au bout de quelques jours, le fil est enlevé et l'enfant est parfaitement guéri.

Examen de la pièce. — La tumeur est molle, élastique, un peu plus grosse qu'un pois, plus longue que large, et se déformant facilement par la pression. La couleur est légèrement rosée, presque blanchâtre; son aspect général est celui d'un kyste.

Cette tumeur a été plongée pendant 24 heures dans l'alcool à 36° Cartier; au bout de ce temps, elle se montrait comme ratatinée, aplatie, mais dans un état de dureté suffisant pour la coupe.

Des coupes fines ont été pratiquées, plongées quelques heures dans l'eau, où elles ont repris leur forme primitive, puis colorées au picrocarminate et montées dans la glycérine.

L'examen histologique nous a montré une enveloppe épaisse, résistante, et un contenu mou et friable. Les cellules qui forment celui-ci sont nombreuses, juxtaposées, sans interposition de substance intercellulaire : elles présentent le caractère des leucocytes. De plus on rencontre un certain nombre de globules rouges emprisonnés dans une matière finement fibrillaire (fibrine). Au centre de la préparation existe un vide considérable, causé par le peu de résistance de la masse qui compose l'intérieur de la tumeur et par la macération dans l'eau. Les leucocytes infiltrent la paroi même du kyste. Le tissu conjonctif qui forme celle-ci se montre de plus en plus dense, du centre à la périphérie : il renferme un nombre assez considérable de cellules allongées, à grand axe parallèle au pourtour de la tumeur (corps fibro-plastiques). Mais tout à fait à la périphérie, les corpuscules conjonctifs sont plus rares, et le tissu est plus compacte, plus condensé : il est devenu fibreux, et il est recouvert sur la surface externe de masses arrondies formées de cellules juxtaposées et irrégulières. Les vaisseaux sont peu abondants.

Enfin, au centre même du kyste, on aperçoit, sur certaines préparations, un nombre considérable de corps ovoïdes allongés, très réfringents, pressés les uns contre les autres, et recouvrant en partie une masse étroite, mais très allongée, semblable à un petit ver, et contournée plusieurs fois sur elle-même.

Les corps ovoïdes et réfringents nous ont paru être des corpuscules particuliers aux ténioïdes, incrustés de sels calcaires et la masse contournée, un parasite dont il est difficile de déterminer la nature, sectionné qu'il a été par le rasoir en même temps que la tumeur elle-même. Nous croyons avoir affaire ici à un kyste inflammatoire développé par le fait de la présence d'un parasite animal.

M. le professeur Robin a bien voulu examiner les préparations que nous lui avons présentées : il a confirmé l'exactitude de notre diagnostic, et pense que l'on est bien en présence d'un cysticerque que la nature des globules réfringents décrits plus haut caractérise suffisamment.

OBSERVATIONS RECUELLIES PAR M. SAINT-MARTIN

Interne du service.

Obs. I. — Aphakie traumatique de l'œil droit avec ectasies de l'iris au tiers supérieur de la région ciliaire.

M. J..., 41 ans, carrier, n° 9680. — Acuité visuelle. $V = C. D.$ à 2 m. $+ 11 D = 1/2$. Lit n° I avec $+ 14 D$.

Ce malade se présente à la clinique comme atteint de cécité presque complète de l'œil droit, et pour savoir si une opération ne pourrait pas lui rendre la vue. — Il y a 4 ans, un élat de bois vint frapper avec violence sur l'œil, sans occasionner de blessure, du moins d'après les renseignements obtenus, soit sur l'orbite, soit sur le globe oculaire. Ecchymosé sous-conjonctivale immédiate, douleur vive, mais passagère. La vue, un peu trouble après l'accident, se perdit rapidement (dans l'intervalle de trois jours). Le malade effrayé consulta un médecin qui prescrivit des lotions chaudes et l'instillation de deux gouttes de sulfate d'atropine par jour. La douleur éprouvée après l'accident ne reparut plus, la vue abolie après le traumatisme revint petit à petit dans l'espace de trois mois, et quoiqu'il ne lui fût pas possible de distinguer les objets de loin, l'acuité de près était relativement bonne. Depuis trois ans, la vue est restée stationnaire. Tous les jours, pendant un an, le médecin qui l'avait soigné dès l'accident lui fit instiller une goutte de sulfate d'atropine.

Actuellement il n'existe pas de traces de cicatrice sur la région orbitaire, sur la cornée ni sur la sclérotique. Au premier examen, on n'aperçoit pas l'iris tant il est dilaté et refoulé vers le corps ciliaire; sur tout le pourtour de la sclérotique, au niveau de la région ciliaire, on aperçoit de légères ectasies iriennes plus prononcées vers le tiers supérieur.

A l'examen ophthalmoscopique, on constate l'absence du cristallin, les images de Purkinje immédiatement recherchées font défaut, les milieux de l'œil sont transparents, la papille et la surface rétinienne normales. Il a été impossible d'avoir sur le traumatisme d'autres renseignements que ceux fournis plus haut dans l'observation.

Que s'est-il passé lors de l'accident?

Il y a eu certainement une déchirure du ligament suspenseur du cristallin et de sa capsule, à la suite de laquelle le cristallin est passé sous la conjonctive à travers la plaie scléroticale, où il s'est résorbé, ou bien encore il a été entraîné par le choc dans le corps vitré, où peu à peu il s'est résorbé. Il n'est pas, en effet, possible d'admettre que le cristallin cataracté par le traumatisme se soit résorbé entre les deux cristalloïdes sans laisser de traces, de sorte que nous avons eu affaire ici, ou bien à une chose analogue à l'opération de la cataracte par

abaissement (opération presque toujours funeste entre les mains d'un chirurgien, et qui accidentellement a donné un excellent résultat), ou bien, dans la première hypothèse que rend plausible l'ectasie de l'iris, la résorption s'est opérée entièrement sous la conjonctive. C'est une preuve que le noyau lui-même est susceptible de se résorber après l'âge de 36 ans, et cela explique la conduite de certains chirurgiens qui attaquent les cataractes molles chez des malades âgés de 25 ou 30 ans par la dissection de la capsule, procédé habituellement réservé pour les cataractes du jeune âge.

OBS. II. — Plaques de xanthelasma des deux paupières chez une femme atteinte de coliques hépatiques.

Mme C..., 60 ans, journalière, n° 43002.

Début de l'affection en 1875. Ictère à l'âge de 12 ans. Depuis cette époque, état dyspeptique continu. Les plaques de xanthelasma ont débuté à peu près en même temps sur les deux yeux, par une tache jaunâtre située au-dessus du ligament palpébral supérieur. Peu à peu, depuis le début de la maladie, la paupière supérieure s'est complètement recouverte de taches dont la coloration jaune devient, au dire de la malade, plus prononcée lorsque surviennent des attaques plus violentes de dyspepsie. Sur l'œil droit et sur l'œil gauche, on trouve au-dessous du ligament palpébral inférieur une tache de la grandeur d'une lentille. Depuis deux ans la maladie reste stationnaire. Démangeaisons vives sur le rebord des paupières au niveau des plaques ; pas d'hérédité.

La malade n'étant incommodée que par les démangeaisons, un traitement palliatif est seulement institué.

Cette observation d'une affection relativement rare en France devient intéressante au point de vue de son étiologie encore obscure. Certains auteurs n'ont voulu voir dans le xanthelasma qu'une affection cutanée locale, laissant de côté l'influence d'un état général pathologique quelconque. Hébra, Hutchinson, au contraire, ont noté que dans beaucoup de cas l'apparition du xanthelasma serait précédée d'ictère, d'où une relation probable entre l'affection du foie et la lésion cutanée. Chez notre malade, la lésion du foie existe d'une façon indiscutable, et si, comme le raconte la malade, la coloration jaune des taches augmente au moment des attaques dyspeptiques, il nous paraît plausible d'admettre que cette relation existe réellement, et que le xanthelasma est sous la dépendance de l'affection du foie dans le cas en question.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES JOURNAUX

Par le Dr DubOys, chef de clinique.

JAVAL. Troisième contribution à l'ophtalmométrie. (*Annales d'oculistique*, t. IX, janvier et février 1883.) — Javal étudie avec l'ophtalmomètre le disque kératoscopique de Javal et Schiott, et les figures formées par ce disque, quand on fait porter le regard du malade successivement en face, puis d'une même quantité, en haut, en bas, à droite et à gauche. L'angle du regard a été constamment de 15 degrés, sauf modification contraire. Il étudie ainsi les figures formées par le disque dans l'œil normal, dans l'œil astigmaté à différents degrés et dans l'œil atteint de keratocone, puis l'astigmatisme central et l'astigmatisme excentrique. Douze figures accompagnent le texte.

BADAL. Verres périscopiques et cônes de Steinheil. (*Annales d'oculistique*, t. IX, janvier et février 1883, p. 19.) — Badal étudie les avantages et les inconvénients des verres périscopiques, les distances focales antérieures et postérieures d'un ménisque, qui, comptées toutes les deux à partir de l'une des faces de la lentille, ne sont pas égales entre elles, et dont la différence croît avec l'épaisseur. Les verres périscopiques positifs construits avec les mêmes rayons de courbure sont plus épais que les verres négatifs. Ils influent sur la grandeur des images rétinienne, et dans le cas d'hypermétropie, leur pouvoir grossissant se trouve augmenté; dans le cas de myopie, il se trouve diminué. Les lunettes périscopiques, quoique pouvant rendre des services à certaines personnes qui ont besoin d'un grossissement des images, sont peu commodes, en raison de leur poids, de leur forme, et surtout du peu d'étendue de leur surface réfringente. Si l'on donne aux ménisques convexes-concaves une épaisseur considérable, de manière à obtenir un grossissement de 3, 4 ou 5 diamètres, on a les *cônes de Steinheil*, qui peuvent rendre de précieux services dans la vision monoculaire.

GAYET. Tumeur pulsatile suivie de guérison. (*Annales d'oculistique*, t. IX, janvier et février 1883.) — A propos de l'observation d'un malade chez lequel, à la suite d'un traumatisme, on observa une tumeur de l'orbite avec souffle continu et renforcement systolique perceptible, jusqu'au niveau de la 5° et de la 6° dorsale, et compliqué de bruits musicaux, avec des phénomènes d'exorbitisme, le tout revenant par intermittence suivie de guérison, l'auteur a formulé le diagnostic suivant:

1° Perforation de l'artère carotide interne à son passage dans le tissu caveux, à la suite d'une fracture de l'orbite; 2° formation d'un anévrysme artérioso-veineux; 3° dilatation consécutive de toutes les branches de la veine ophtalmique; 4° guérison due probablement à quelque coagulation heureuse.

CHAVERNAC. Extraction de la cataracte. Retour à la méthode de Daviel. (*Annales d'oculistique*, t. IX, janvier-février 1883, p. 43.) — Après un long historique des différents procédés d'extraction de cataractes, l'auteur pense que l'on doit recourir presque toujours au procédé éminemment français de Daviel, avec iridotomie combinée.

WARLDMONT. Jequirity. (*Annales d'oculistique*, mars-avril 1883). — Discussion sur l'opportunité du traitement par le jequirity et son application dans certaines maladies des yeux, où l'auteur, résumant l'état de la question, et les travaux des auteurs qui se sont occupés de cette matière, tels que M. de Wecker à Paris, et M. Deneffe à l'Académie de médecine de Bruxelles, pense qu'il ne faut ni nier, ni affirmer, mais espérer.

Modification apportée à l'astigmomètre de de Wecker et Masselon. (*Annales d'oculistique*, mars-avril 1883, p. 138.) — Trois pains à cacheter de diverses couleurs, superposés les uns aux autres, sont appliqués à la périphérie du carré et suivant l'axe qui continue le manche, ce qui permet d'explorer les parties excentriques de la cornée.

GAYET. Coïncidence de chorio-rétinite double et d'anciennes lésions ganglionnaires. (*Annales d'oculistique*, mars-avril 1883, p. 143.) — Gayet rapporte l'observation d'une jeune fille, chez laquelle l'œil gauche se perdit peu à peu à la suite de douleurs de ce côté, et qu'elle vint consulter pour un léger trouble de l'œil droit. Cette malade portait des stigmates d'anciennes adénites suppurées. L'œil gauche perdu pour la vision est dans un état de phthisie très accusé, et l'œil droit présente à l'ophtalmoscope un peu en dehors et au-dessus du disque optique un exsudat blanc, réfléchissant fortement la lumière, du volume d'un tiers de papille et entouré à sa base d'un amas circulaire de pigment. Le ganglion préauriculaire droit est gonflé et douloureux à la pression.

L'auteur, pensant à la propagation possible de l'affection développée primitivement dans l'autre œil, conseilla l'énucléation de l'œil gauche, qui fut acceptée. La pièce, placée dans le liquide de Muller, fut examinée trois semaines après; l'on trouva que les lésions portaient sur la choroïde, qu'elles ont rendue plus fibreuse et semée d'amas de leucocytes; sur la couche polygonale, qu'elles ont en partie détruite, déformée et dégénérée et qui paraît être le point de départ d'exsudats colloïdes, de parties fibreuses et d'ossification; sur la rétine, qu'elles ont privée de tous les éléments essentiels, en hypertrophiant son tissu de soutien et en dégénérant les vaisseaux.

En présence de ces altérations, qui sont bien des altérations de la scrofule, l'auteur se demande s'il n'existe pas un rapport entre ces altérations oculaires et celles qui se sont produites ailleurs, et particulièrement sur les ganglions, et si, par conséquent, elles sont l'expression oculaire d'un état diathésique.

MOURA-BRAZIL. La tension intra-oculaire dans les races blanche, métisse, noire et indigène. Note préliminaire. (*Annales d'oculistique*, mars-avril 1883, p. 150.) — La tension intra-oculaire dans la race noire à l'état physiologique est supérieure à celle qui s'observe chez les métis et chez les blancs, ce qui fait que chez les blancs la tension glaucomateuse correspond à la tension physiologique dans la race noire. L'observation de 7,500 sujets a fourni la proportion suivante chez les glaucomateux de différentes espèces :

Blancs.....	4 2/3 p. 0/0
Métis.....	6 1/2 p. 0/0
Noirs.....	15 5/8 p. 0/0

Cet excès de tension prédispose au glaucome, et la forme qui s'observe le plus fréquemment est la forme inflammatoire, simple ou chronique.

PANAS. A propos de deux nouvelles observations d'angiomes caverneux de l'orbite. (*Archives d'ophtalmologie*, janvier et février 1883.) — Les angiomes caverneux de l'orbite sont très différents comme volume, qui est en rapport avec l'ancienneté du néoplasme. Toutes les parties du pourtour de l'orbite peuvent en être le siège, mais ces tumeurs se développent à peu d'exceptions près dans l'entonnoir musculaire qui entoure l'œil. Elles sont assez fréquemment entourées d'une enveloppe ou capsule. Au point de vue histologique, elles présentent une couche unique d'épithélium vasculaire. On y rencontre des éléments pigmentaires, graisseux, fibreux ou musculaires lisses, et surtout l'angiome simple ou par anastomose des paupières. On a affaire alors aux formes mixtes, où il existe à la fois un angiome simple périorbitaire et un angiome caverneux de l'orbite. La marche de l'angiome caverneux est ordinairement très lente. Pour le diagnostic, on tiendra compte de l'absence de battement et de souffle, de l'élasticité et d'une certaine réductibilité de la tumeur, et des variations de volume, qui naissent sous l'influence de l'effort et des cris. Toute cette symptomatologie est établie sur les observations rapportées dans la littérature ophtalmologique et sur deux nouvelles observations fort intéressantes.

CHARPENTIER. Perception des couleurs à la périphérie de la rétine. (*Archives d'ophtalmologie*, janvier et février 1883, p. 12.) — A la suite de quelques expériences instituées par Charpentier sur ses yeux et sur

ceux de son préparateur, expériences consistant en la perception des couleurs primitives très franches, éclairées avec une lampe électrique, et perçues à la périphérie de la rétine, il conclut que les parties périphériques de la rétine ne sont pas achromatopes, mais que les couleurs pour être perçues doivent être très intenses. La partie périphérique est donc un peu dyschromatope en ce sens qu'elle perçoit beaucoup moins bien que le centre.

CHARPENTIER. Expériences relatives à l'influence de l'éclairage sur l'acuité visuelle. (*Archives d'ophtalmologie*, janvier-février 1883, p. 37.) — Charpentier étudie l'acuité visuelle pour des éclairages faibles, et son étude consiste surtout dans la nature des méthodes qui ont été suivies :

Dans une première série d'expériences, il a pris comme point de départ la clarté d'un jour calme, et pour modifier cet éclairage il s'est servi de disques rotatifs alternativement opaques et transparents. Après avoir examiné des carrés noirs dans un certain nombre de cas, il en conclut : que la lumière du jour doit être rejetée comme type d'éclairage pour la mesure de l'acuité visuelle, à cause de son peu de fixité ; que l'éclairage modifie à un degré plus ou moins fort l'acuité visuelle, qui semble diminuer de plus en plus vite à mesure que l'éclairage s'affaiblit.

Dans une autre série d'expériences, l'auteur a suivi une méthode différente en se servant non plus des disques rotatifs pour diminuer dans des proportions connues un éclairage donné, mais en se servant de l'appareil à graduation qu'il a décrit dans un numéro précédent des *Archives*. Il arrive aux mêmes conclusions que dans la première série d'expériences.

HOCQUARD et MASSON. Étude sur les rapports, la forme et le mode de suspension du cristallin à l'état physiologique. (*Annales d'oculistique*, mars-avril 1883, p. 97.)

Voici les conclusions de ce travail très important :

« Le cristallin est une lentille élastique et biconvexe. Le rayon de courbure de sa face antérieure est plus long que celui de sa face postérieure. La ligne de courbure des deux faces se redresse un peu vers l'équateur, à cause des tractions permanentes exercées à ce niveau par la zonule.

« La zonule est constituée par un système de petites cordelettes indépendantes, étendues entre la pars ciliaris et le corps vitré, de l'*ora serrata* au cristallin. Ces cordelettes sont reliées à la pars ciliaris sur tout le parcours par un grand nombre de filaments obliquement dirigés dans deux directions perpendiculaires. Elles glissent librement sur le corps vitré. Elles se résolvent en avant et en arrière en un pinceau de fibrilles. Les fibrilles postérieures vont se perdre dans le corps vitré, la rétine et la membrane basale de la pars ciliaris.

« Les fibrilles antérieures, vont se confondre avec le cristallin. La

zonule est maintenue tendue en permanence par les procès ciliaires qui appuient sur elle, à la façon des doigts de la main comprimant un plan de cordages. Cette tension de la zonule explique pourquoi le corps vitré aplatit le cristallin par des tractions excentriques s'exerçant au niveau de l'équateur.

« Le rôle des procès dans la tension de la zonule explique pourquoi le cristallin peut rester solidement fixé malgré un certain ramollissement du corps vitré.

« Quand le corps vitré ne soutient plus aussi bien la zonule, les procès peuvent se congestionner et appuyer davantage sur les fibrilles zonulaires.

« Par sa contraction, le corps ciliaire ramène en avant et en haut la choroïde antérieure et par conséquent les insertions postérieures de la zonule, qu'il fixe dans cette position contre la sclérotique par une sorte de corrugation de son tissu.

« Les cordelettes de la zonule sont libres et jouissent alors, les unes par rapport aux autres, d'une complète indépendance. Les tractions peuvent donc ne pas s'exercer uniformément sur tous les points de l'équateur cristallinien pendant l'acte de l'accommodation.

« Les limites de la chambre postérieure de l'humeur aqueuse sont beaucoup plus éloignées qu'on ne l'admettait jusqu'à présent. Le liquide peut s'insinuer jusqu'à l'*ora serrata* à travers les fibres de la zonule. »

GROSSMANN. — I. Traitement du décollement de la rétine. — II. Sarcome ciliaire. — III. Amaurose consécutive à une hémorragie. — (*Archives d'ophtalmologie*, mars-avril 1883, p. 122.) — A. L'auteur divise le traitement en traitement médical, traitement mécanique et traitement chirurgical. Le traitement médical s'adresse aux décollements qui ont surtout comme cause les processus inflammatoires de la choroïde, et doit consister dans l'emploi des préparations mercurielles, purgatifs et de tous les moyens qui servent à diminuer la tension sanguine. Le traitement mécanique, qui consiste dans l'emploi d'un bandage compressif et dans le maintien du malade dans la position horizontale dans une chambre noire, doit être employé surtout dans les décollements récents. Les indications du traitement chirurgical ne se présentent qu'au moment où les moyens mécaniques et médicaux ont échoué et que le décollement est dans une période plus avancée. L'auteur nous rapporte deux observations où le traitement médical et le traitement mécanique ont donné des résultats positifs et durables, sans qu'il soit besoin d'en arriver à une intervention chirurgicale.

B. L'auteur observa chez une malade des symptômes inflammatoires d'irido-cyclite idiopathique de l'œil droit, qui furent suivis d'accidents sympathiques de l'œil gauche. L'œil droit énucléé présentait à la coupe tous les caractères d'un mélanome fibreux de la choroïde ciliaire, qui avait repoussé le cristallin et était arrivé jusqu'à l'iris.

C. L'auteur rapporte trois observations tendant à établir que les amblyopies ou les amauroses, consécutives à des hématuries, des hémorrhagies internes, ou des métrorrhagies, sont dues à des névro-rétinites.

SARATERIE. De l'amputation du segment antérieur de l'œil comme traitement des accidents sympathiques oculaires. (Thèse de Paris, février 1883.) — Un premier chapitre de cette thèse est consacré à l'histoire de l'ophtalmie sympathique, de la symptomatologie et de ses diverses formes. Le second chapitre, à l'amputation du segment antérieur de l'œil, à ses règles opératoires et à ses avantages. L'auteur pense que l'amputation du segment antérieur de l'œil peut être substituée à l'énucleation, comme traitement préventif et curatif des accidents sympathiques, excepté dans trois cas : 1° quand il existe un phlegmon de l'œil sympathisant, où l'hémisphère postérieur de l'œil sera nécessairement entraîné par la suppuration ; 2° quand il existe un corps étranger déterminant par sa présence dans le globe des phénomènes irritatifs et qu'il est situé trop profondément pour pouvoir être extrait par la section du segment antérieur de l'œil ; 3° dans le cas où des coques osseuses ou des dépôts calcaires déterminent dans le globe des symptômes d'irritation, menaçant l'autre œil. Huit observations sont contenues dans ce travail.

PECHIN. Traitement de la conjonctivite purulente grave. (Thèse de Paris, février 1883.) — Il y a deux formes de conjonctivites : une bénigne qui guérit par n'importe quel traitement et, l'autre à forme grave qui est susceptible du traitement suivant, que l'auteur considère comme le meilleur ; cautérisations répétées toutes les douze heures, soit avec le crayon mitigé, soit avec des solutions appliquées directement avec un pinceau sur la muqueuse. Quant aux antiseptiques, autour desquels, dit l'auteur, « on a fait quelque bruit », il ne les emploie que dans le traitement prophylactique.

LEVISTE. De l'opération de la cataracte chez les diabétiques. (Thèse de Paris, février 1883.) — Voici les conclusions données par l'auteur, à la fin de son travail : « La cataracte diabétique existe, mais toutes les cataractes qui surviennent chez les diabétiques ne sont pas d'origine diabétique. Le *noti me tangere* contre l'opération de la cataracte diabétique est trop absolu. Avant d'entreprendre l'opération, il faut s'assurer que toutes les membranes profondes et internes sont dans un état parfait d'intégrité. On ne doit pas tenter l'opération quand le malade subit une crise aiguë de la diathèse. Après l'opération, on doit employer les pansements rares et antiseptiques. En même temps le malade doit être soumis à un régime antidiabétique sévère. Avec toutes ces précautions la moyenne des succès est presque aussi élevée que pour les autres formes de cataracte, surtout avec l'extraction linéaire modifiée avec iridectomie.

REMY. Étude sur la tuberculose oculaire. (Thèse de Paris, mars 1883.) —Aucun tissu de l'œil n'échappe à la granulation tuberculeuse. La conjonctive peut être prise primitivement (1 observation). Dans l'iris et le corps vitré, le tubercule peut se développer primitivement en dehors de toute autre manifestation de la diathèse : c'est pourquoi le diagnostic différentiel entre le tubercule et la gomme syphilitique de l'iris est très difficile à établir. L'auteur nous rapporte deux observations de tuberculose primitive de l'iris, empruntées à Poncet de Cluny. Sur la rétine et le nerf optique, le tubercule se développe secondairement. Dans la choroïde, la tuberculose est quelquefois primitive et fréquente dans la méningite tuberculeuse. Le diagnostic différentiel doit être fait avec certaines formes de choroïdite, soit exsudatives, soit parenchymateuses et le sarcome de la choroïde.

« L'anatomie pathologique est souvent impuissante à différencier les tubercules de l'œil d'avec certaines gommès et surtout certaines affections scrofuleuses de cet organe. » C'est à la clinique à trancher la question.

PAPILLIAN. Contribution à l'étude des tumeurs malignes de l'œil chez les enfants. (Thèse de Paris, avril 1883.) — Papillian énumère les différentes tumeurs que l'on a rencontrées chez les enfants, décrit les différentes formes de sarcome et de gliôme, leurs signes ophtalmoscopiques, leurs dangers et conseille comme le seul traitement l'énucléation, bien que le sarcome récidive assez souvent. Six observations.

DAVID. Essai sur les altérations fonctionnelles et organiques de l'appareil de la vision survenant sous l'influence combinée de l'alcool et du tabac. (Thèse de Paris, avril 1883.) — L'amblyopie dite d'intoxication est toujours un symptôme de dénutrition, ne se manifestant pas comme un symptôme propre d'alcoolisme et de nicotisme, mais agissant surtout en enlevant l'appétit. L'œuvre pathogénique de l'alcool est puissamment aidée par toute circonstance qui, affaiblissant l'individu, diminue sa force de résistance vis-à-vis de l'agent qui attaque les organes. Chez ces malades l'acuité visuelle baisse des deux côtés à la fois et d'une façon presque égale. L'achromatopsie est rare, mais la dyschromatopsie l'est moins, surtout pour le rouge. Le champ visuel présente souvent un scotome central que l'on peut rendre surtout très appréciable en diminuant l'éclairage. Ce scotome est manifeste surtout pour le rouge. L'examen ophtalmoscopique ne démontre le plus souvent rien, à moins que la maladie soit déjà à une période assez avancée. Le traitement rationnel doit consister en un traitement tonique et hygiénique et surtout dans la suppression de l'agent d'intoxication.

TROUSSEAU. De l'élongation du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome. (Thèse de Paris, avril 1883.) —Après une longue étude où sont passés en revue et critiqués les différents procédés employés dans

le traitement du glaucome, tels que la sclérotomie et l'iridectomie, l'auteur pense à faire l'élongation du nerf nasal externe, qui, par sa distribution anatomique, par ses filets nerveux directs ou par l'intermédiaire du ganglion ophtalmique, semble agir plus directement sur la sécrétion et sur la nutrition de l'organe de la vision.

Voici le procédé opératoire employé, emprunté à M. le professeur Badal, de Bordeaux : « C'est au niveau du rebord orbitaire qu'on doit chercher à atteindre le nerf et pour cela, après avoir appliqué le doigt indicateur sur le globe, immédiatement au-dessus du rebord orbitaire supérieur, la face palmaire en avant et l'extrémité du doigt reposant sur le côté du nez, l'émergence se trouve être assez exactement au milieu. On fait une incision courbe qui correspond à la partie interne et supérieure du rebord orbitaire, allant du tendon de l'orbiculaire au voisinage de l'échancrure sus-orbitaire, sur une étendue de deux centimètres. Cette incision faite, les lèvres de la plaie baillent facilement, et on aperçoit immédiatement un plan de fibres musculaires rouges entrecroisées qu'il faut inciser avec précaution, en promenant largement le bistouri dans les lèvres de la plaie, car immédiatement au-dessous se trouve le nerf nasal externe. En étanchant bien, il sera le plus souvent facile d'apercevoir deux petits cordons verticaux, un rougeâtre, c'est une petite artériole qui paraît naître de la frontale interne et qui accompagne toujours le nerf; l'autre, externe, c'est le rameau nerveux cherché. Le nerf découvert, il sera facile d'agir sur lui avec une pince et de lui faire subir une traction qu'on produira à volonté. La rupture du rameau ne paraît pas être un accident bien redoutable. »

Neuf observations nous montrent l'effet de l'élongation du nerf nasal externe dans des cas graves ou désespérés, amenant presque toujours la cessation des douleurs; quelques malades, même, ont recouvré une partie de la vision.

LÉDUC. Contribution à l'étude de l'anisométrie. (Thèse de Paris, avril 1883.) — Conclusions : « L'anisométrie est une affection commune, elle s'observe chez plus du quart des gens présentant des troubles de réfraction. Elle compromet la vision binoculaire et peut déterminer l'amblyopie par défaut d'usage. Elle prédispose au strabisme. Lorsque la différence de réfraction ne dépasse pas une dioptrie et demie, on aura le plus souvent avantage à les corriger complètement. Si la différence de réfraction dépasse une dioptrie et demie, et si la vision binoculaire existe, on aura avantage à corriger partiellement cette différence de réfraction. Dans tous les cas, on devra suivre, dans l'examen de la réfraction, la marche méthodique qui conduira à la combinaison de verres la plus avantageuse à la vision. »

PROUFF. De la kératite en bandelette et de son traitement. (Revue clinique d'oculistique du Sud-Ouest, janvier 1883.) — Prouff propose contre cette variété de kératite, si tenace et souvent rebelle à tous les traite-

ments classiques, la section d'un petit lambeau conjonctival en face de l'ulcération cornéenne. Voici comment il procède : « Les paupières étant écartées, il saisit la conjonctive avec une pince le plus près possible de la bandelette et soulève un petit lambeau qu'il sectionne d'un seul coup de ciseaux, en y comprenant le tissu épiscléral et le limbe conjonctival autant que possible. » Huit cas ont été traités par cette méthode, et dans six cas elle parait avoir donné de bons résultats, puisque les malades ont été guéris définitivement en moins de 15 jours.

JOURNAUX ALLEMANDS

(Traduction résumée par le Dr FIEUZAL.)

Cas de cécité causé par la quinine, par le Dr GRUNNING, de New-York (*Centralblatt*, avril 1882.)

Un avortement habilement pratiqué chez une malade, la conduisit à une forte fièvre.

En trente heures, huit doses de 0,60 centigr. de quinine furent absorbées. Aussitôt après la dernière dose, des convulsions eurent lieu, sans perte de sentiment et peu après se montrèrent une surdité et une oécité complètes.

La malade fut observée et pendant les 24 premières heures, la surdité fut en partie vaincue, mais la cécité persista et put être ainsi appréciée. Mydriase maxima, avec légère contraction pendant l'accommodation, papilles très pâles, rétrécissement progressif des vaisseaux rétiniens et des deux côtés, tache d'un rouge cerise, sur la macula avec altérations de voisinage.

Au bout de vingt-quatre jours, le retour de la vision quantitative fut constaté des deux côtés, vision qui, au commencement, s'était perdue déjà deux fois, après deux apparitions des menstrues.

Au bout de vingt-quatre jours, il y avait un complet rétablissement de $S = 20/20$. La chromatopsie (quoique beaucoup plus tard) se rétablit aussi.

Le champ visuel resta encore réduit concentriquement des deux côtés, pendant six mois. A droite, il y avait une échancrure de 60°; à gauche de 40°, dans la verticale et dans l'horizontale de 45°.

Hémianopie gauche binoculaire avec autopsie et examen microscopique, par le Dr LINNEL, de Norwich. (*Centralblatt*, février-mars 1883.)

Un photographe, âgé de 63 ans, atteint de paralysie agitante des extrémités droites avec anesthésie partielle des mêmes parties, devient passagèrement aveugle à la suite de violents maux de tête.

L'acuité visuelle se rétablit peu à peu et au bout de deux mois égalait 20/30; l'hémianopsie gauche existait des deux côtés.

Une deuxième attaque le rendit de nouveau totalement aveugle, et au bout de six mois, il récupéra de nouveau une acuité de 20/30 à 20/40,

mais le nerf optique gauche présenta une coloration blanche coïncidant avec une diminution progressive de l'acuité qui permettait difficilement de reconnaître les gros objets.

Enfin, neuf mois après la première attaque de cécité, le coma et la mort survinrent après avoir été précédés d'une nouvelle attaque de tremblement général, surtout marqué dans les membres droits, avec perte de connaissance et de sentiment.

L'autopsie démontra l'existence d'un caillot rond de 4 1/2 centim. de long sur 2 1/2 d'épaisseur dans la substance médullaire de l'hémisphère droit, la substance contiguë du cerveau ramollie dans l'étendue de 4 m/m. et la corticale intacte.

Les mêmes lésions existaient dans l'hémisphère gauche ; les tubercules quadrijumeaux visiblement ramollis étaient blancs, et la dégénérescence s'étendait aux corps genouillés dans la partie postérieure et inférieure de la bandelette optique gauche.

Nous trouvons dans le *Centralblatt*, d'avril 1882, la mention d'un nouveau mydriatique faite par le Dr Emmert, de Berne, qui attribue à l'*hyoscinum hydroiodatum*, à la dose de 1/10 0/0 (0,01/10 gr.), une action beaucoup plus forte qu'à la solution d'atropine et de duboisine au même titre ou même à un titre de beaucoup supérieur (1/2 0/0), soit (0,05/10 gr.)

Il la recommande dans les infiltrations de la cornée, dans les leucomes adhérents et dans les différentes formes d'iritis, lui reconnaissant une action de beaucoup supérieure à toutes celles des mydriatiques connus.

Technique de l'iridectomie, par le Dr WICHERKIEWICZ

de Posen. (*Centralblatt*, février-mars 1883.)

L'auteur recommande l'emploi d'un fin couteau lancéolaire à deux tranchants et d'un crochet mousse en argent pour attirer l'iris dans la plaie cornéenne, qu'il conseille de faire de deux millimètres seulement au niveau du bord scléro-cornéen. Il se sert de la pince à iridectomie pour exciser l'iris dans les cas où l'iris est libre de toute adhérence ou même lorsque l'iris est soudé à la capsule du cristallin.

« Il y a longtemps déjà que nous avons renoncé à l'emploi du couteau de de Graefe pour faire les pupilles optiques soit dans les cas de cataracte zonulaire, soit dans les cas de leucome ; nous nous servons à cet effet d'un couteau lancéolaire (aiguille anglaise) tranchant des deux côtés et permettant d'agrandir l'incision cornéenne, de façon à pouvoir aller chercher le sphincter pupillaire avec la pince courbe à iridectomie ordinaire, et à l'exciser dans la mesure du besoin. »

Le crochet dont parle l'auteur a déjà depuis longtemps été conseillé par l'illustre et regretté Critchett, et il est rare que nous en ayons trouvé l'indication opportune.

RELEVÉ STATISTIQUE POUR L'ANNÉE 1882.

Clinique externe.

MOIS.	MALADES nouveaux.	MALADES anciens.	TOTAUX par mois.	TOTAUX par trimestre.
Janvier	519	1.864	2.383	7.614
Février.....	552	1.846	2.398	
Mars.....	631	2.202	2.833	
Avril.....	544	1.937	2.481	
Mai.....	680	2.058	2.738	7.957
Juin.....	707	2.031	2.738	
Juillet.....	653	1.698	2.351	
Août.....	742	1.739	2.481	
Septembre.....	637	1.740	2.377	7.209
Octobre.....	593	1.483	2.076	
Novembre.....	568	1.266	1.834	
Décembre.....	429	1.679	2.108	

MALADIES DES VOIES LACRYMALES.

Larmolement.....	336 cas.
Dacryocystite.....	120 —
Tumeur lacrymale.....	15 —
Fistule lacrymale.....	17 —
Mucocèle.....	2 —
Total.....	490 cas.

MALADIES DES PAUPIÈRES.

Blépharite chronique.....	37 cas.
— ulcéreuse.....	64 —
— eczémateuse.....	23 —
— angulaire.....	53 —
— glandulaire.....	27 —
— ciliaire.....	173 —
— herpétique.....	14 —

Cancroïde.....	2 cas.
Trichiasis et distichiasis.....	25 —
Lagophthalmos.....	2 —
Ptosis.....	12 —
Symlépharon.....	7 —
Ectropion.....	44 —
Entropion.....	9 —
Zona.....	1 —
Xanthélasma.....	1 —
Œdème palpébral.....	19 —
Corps étrangers.....	20 —
Chalazion.....	79 —
Ecchymoses.....	2 —
Orgeolet.....	63 —
Kystes.....	14 —
Brûlures.....	5 —
Abcès.....	2 —
Phlegmon.....	4 —
Nictitation.....	2 —
Végétations.....	11 —
Madarosis.....	13 —
Granulations.....	33 —
Plaies.....	9 —
Concrétions des glandes de Meibomius...	5 —
Phimosis.....	1 —
Total.....	856 cas.

MALADIES DE LA CONJONCTIVE.

Corps étrangers.....	7 cas.
Catarrhe conjonctival.....	1180 —
Conjonctivite purulente.....	377 —
Ophtalmie purulente.....	49 —
— des nouveau-nés.....	73 —
Conjonctivite chronique.....	73 —
— pseudo-membraneuse.....	3 —
— aiguë.....	20 —
Ophtalmie blennorrhagique.....	4 —
— xérophtalmique.....	1 —
Conjonctivite granuleuse aiguë.....	60 —
— — chronique.....	5 —
— pustuleuse.....	208 —
— phlycténulaire.....	31 —
Hyperémie de la conjonctive.....	4 —
Folliculite.....	12 —

Chémosis.....	11 cas.
Echymose sous-conjonctivale.....	37 —
Ptérygion.....	25 —
Brûlures.....	13 —
Végétations.....	1 —
Kyste dermoïde.....	1 —
Total.....	2195 cas.

MALADIES DE LA CORNÉE.

Corps étrangers.....	401 cas.
Déchirure. — Section. — Perforation...	49 —
Abcès.....	304 —
Dermoïde.....	2 —
Ulcères.....	403 —
Kératite neuro-paralytique.....	1 —
Taies de la cornée.....	457 —
Kératite en bandelette.....	39 —
— parenchymateuse.....	24 —
— séreuse.....	6 —
— diffuse.....	20 —
— ponctuée.....	4 —
— phlycténulaire.....	31 —
— marginale.....	159 —
Pannus vasculaire.....	97 —
Leucomes.....	143 —
Staphylôme opaque..... 51	} 54 —
— pellucide..... 3	
Phthisie de la cornée.....	25 —
Brûlures.....	9 —
Sphacèle.....	8 —
Kérato-globe.....	4 —
Kérato-conjonctivite.....	7 —
Néphéliions.....	18 —
Total.....	2263 cas.

MALADIES DE L'IRIS.

Iritis rhumatismale.....	31 cas.
— syphilitique.....	34 —
— simple idiopathique.....	46 —
— anciennes.....	46 —
— séreuses.....	5 —
— avec synéchies.....	22 —

Hernie de l'iris.....	13 cas.
Mydriase.....	2 —
Colobema de l'iris.....	13 —
Staphylôme de l'iris.....	5 —
Kérato-iritis.....	41 —
Corps étrangers de l'iris.....	2 —
Perforation de l'iris.....	2 —
Condylomes.....	1 —
Occlusion pupillaire.....	10 —

Total..... 174 cas.

MALADIES DU CORPS VITRÉ.

Hémorrhagie du corps vitré.....	14 cas.
Myodésopsie.....	41 —
Hyalitis.....	51 —
Synchisis étincelant.....	1 —
Décollement de l'hyaloïde.....	2 —

Total..... 109 cas.

MALADIES DE LA CHOROÏDE.

Atrophie de la choroïde.....	27 cas.
Choroïdite antérieure.....	1 —
— disséminées.....	8 —
Chorio-rétinite pigmentaire.....	22 —
— spécifique.....	1 —
Glaucome chronique simple.....	28 —
— absolu.....	23 —
Irido-choroïdite.....	121 —
— glaucomateuse.....	7 —
Scléro-choroïdite antérieure.....	5 —

Total..... 239 cas.

MALADIES DU CRISTALLIN.

Opacités du cristallin.....	151 cas.
Cataractes séniles.....	246 —
— traumatiques.....	47 —
— régressives.....	42 —
— compliquées.....	42 —
— congénitales.....	12 —
— secondaires.....	3 —
— nucléaires.....	28 —

FIEUZAL.

Cataractes vertes.....	3 cas.
— noires.....	2 —
— corticales.....	8 —
— polaires.....	23 —
— diabétiques.....	3 —
— ponctuées.....	3 —
— molles.....	13 —
— capsulaires.....	1 —
Aphakie.....	5 —
Luxations du cristallin.....	9 —
Cataractes siliqueuses.....	7 —
Total.....	628 cas.

MALADIES DE LA PAPILLE.

Atrophie grise.....	222 cas.
— blanche.....	56 —
Pâleur des papilles.....	97 —
Névrite optique.....	5 —
Hyperémie papillaire.....	1 —
Fibres à double contour.....	3 —
Total.....	384 cas.

MALADIES DE LA RÉTINE.

Amblyopie congénitale.....	11 cas.
— cérébrale.....	5 —
— sénile.....	6 —
— myopique.....	1 —
Hyperémie de la rétine.....	24 —
Rétinite séreuse.....	23 —
— spécifique.....	10 —
— hémorragique.....	26 —
— pigmentaire.....	21 —
— circa-papillaire.....	6 —
— brightique.....	5 —
— exsudative.....	6 —
Neuro-rétinite.....	26 —
Asthénopie rétinienne.....	2 —
Décollement de la rétine.....	31 —
Total.....	203 cas.

MALADIES DE LA SCLÉROTIQUE.

Sclérotite	1 cas.
Episcléritis.....	12 —
Section de la sclérotique.....	13 —
Corps étrangers.....	1 —
Plaies de la sclérotique sans perforation..	1 —
Total.....	28 cas.

MALADIES DU GLOBE.

Atrophie du globe.....	96 cas.
Microphthalmos.....	3 —
Exophthalmos.....	5 —
Hydrophthalmos.....	1 —
Panophtalmie.....	1 —
Total.....	106 cas.

MALADIES DE L'ORBITE.

Tumeur de l'orbite.....	1 cas.
Phlegmon de l'orbite.....	1 —
Total.....	2 —

RÉFRACTION. — ACCOMMODATION.

Myopie simple.....	13 cas.
— avec scléro-choroïdite postérieure.	177 —
Hypermétropie.....	28 —
Presbyopie.....	88 —
Asthénopie accommodative.....	101 —
Anisométrie myopique.....	11 —
— hypermétropique.....	27 —
Astigmatisme myopique.....	14 —
— hypermétropique.....	23 —
— irrégulier.....	8 —
Paralysie de l'accommodation.....	3 —
Total.....	493 cas.

MALADIES DES MUSCLES.

Asthénopie musculaire.....	3 cas.
Strabisme convergent.....	88 —
— divergent.....	22 —
— alternant.....	6 —
Nystagmus horizontal.....	28 —
— rotatoire.....	2 —
Ophtalmoplégie.....	3 —
Total.....	150 cas.

MALADIES DES NERFS.

Paralyse de la 6 ^e paire.....	20 cas.
— de la 3 ^e paire.....	13 —
— de la 5 ^e paire.....	5 —
— de la 7 ^e paire.....	1 —
Parésie de la 6 ^e paire.....	23 —
— de la 3 ^e paire.....	6 —
— de la 4 ^e paire.....	1 —
— de la 5 ^e paire.....	8 —
Total.....	77 cas.

RÉCAPITULATION.

Maladies des voies lacrymales.....	490
— des paupières.....	856
— de la conjonctive.....	2195
— de la cornée.....	2262
— de l'iris.....	271
— du corps vitré.....	109
— de la choroïde.....	239
— du cristallin.....	628
— de la papille.....	384
— de la rétine.....	203
— de la sclérotique.....	28
— du globe.....	106
— de l'orbite.....	2
Réfraction et accommodation.....	493
Maladies des muscles.....	150
— des nerfs.....	77
	8463

Total général : 7146 malades.
8463 maladies.

ÉNUMÉRATION DES OPÉRATIONS.

CATARACTES.

CATARACTES SÉNILES.

180 opérations de cataracte sénile ont été pratiquées à la Clinique pendant l'année 1882.

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure et iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon.	133	}	Bon.....	144	
Bon.	11		Médiocre.	23	
Médiocre.	23		Nul.....	11	
Nul.....	11				
	<u>178</u>			<u>178</u>	178

1 ^o Résultat bon.....	144			
2 ^o Médiocre par iritis.....	10			
— par iritis suppurativo.	3			
— par cataracte second..	9			
— par capsulite.....	1			
	<u>167</u>			167

3 ^o Résultat nul.....	11			
Par panophtalmie.....	10			
Par irido-choroïdite.....	1			
	<u>14</u>		<u>11</u>	
			178	178

Manuel opératoire. — Kératotomie inférieure et iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon...	1	}	Bon.....	2	2
Bon.	1				
	<u>2</u>			<u>180</u>	180

Parmi ces 180 cas de cataracte sénile, 34 ont nécessité l'opération préalable du larmoiement ou de la dacryocystite.

CATARACTES ADHÉRENTES..... 40 cas.

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure et iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon..	27	}	Bon.....	28	
Bon.....	1		Médiocre.	5	
Médiocre..	5		Nul.....	7	
Nul.....	7				
	<u>40</u>			<u>40</u>	

1° Résultat bon.....	28		
2° Rés. médiocre par iritis.....	2		
— par choroïdite antér...	1		
— par cataracte second..	2		
	<u>33</u>	33	
3° Résultat nul :			
Par panophtalmie.....	4		
Par irido-choroïdite et oclus. pup.	3		
	<u>7</u>	7	
		<u>40</u>	40

CATARACTES TRAUMATIQUES..... 7 cas.

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure et iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon..	6		
Médiocre..	1		
	<u>7</u>		
1° Très bon.....	6		
2° Médiocre par iritis suppurative...	1		
	<u>7</u>	7	7

CATARACTES MOLLES RÉGRESSIVES..... 13 cas.

Manuel opératoire. — Kératotomie supérieure et iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon.	10		
Médiocre.	2		
Nul.....	1		
	<u>13</u>	13	
1° Très bon.....	10		
2° Médiocre par iritis suppurative.....	1		
— par cataracte secondaire....	1		
3° Nul par organisation du corps vitré...	1		
	<u>13</u>	13	13

CATARACTE DE MORGAGNI..... 1 cas.

Manuel opératoire. — Kérat. supér. et iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon.	1		1
--------------------------------------	---	--	---

CATARACTE NOIRE..... 1 cas.

Manuel opératoire. — Kérat. supér. et iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon. 1

1

CATARACTE CONGÉNITALE..... 1 cas.

Manuel opératoire. — Kérat. supér. et iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon. 1

1

EXTRACTION D'UN CRISTALLIN LUXÉ DANS LA CHAMBRE ANTÉRIEURE. 1 cas.

Manuel opératoire. — Kérat. supér. sans iridectomie.

Résultat de l'opération. — Très bon. 1

1

Total général des cataractes. 244

ÉNUMÉRATION DES OPÉRATIONS DIVERSES.

OPÉRATIONS D'IRIDECTOMIE..... 111 cas.

1. Leucome adhérent.....	37 cas.	28 très bons. 2 bons. 7 mauvais.	37
2. Taies centrales de la cornée..	7 —	7 excellents.	7
3. Iritis ancienne avec synéchies.	21 —	20 très bons. 1 mauvais.	21
4. Ulcères de la cornée avec hy- popyon.....	9 —	5 très bons. 2 bons. 1 médiocre. 1 nul.	9
5. Cataracte sénile incomplète..	18 —	18 très bons.	18
6. Irido-choroïdite.....	5 —	3 très bons. 1 médiocre. 1 nul.	5
7. Hernie de l'iris.....	3 —	1 très bon. 1 bon. 1 nul.	3
8. Kératite parenchymateuse....	1 —	1 très bon.	1
9. Glaucome.....	2 —	1 bon. 1 nul.	2
10. Kérato-iritis.....	4 —	3 bons. 1 nul.	4
11. Scléro-choroïdite antérieure..	1 —	1 très bon.	1
12. Hyalitis.....	1 —	1 bon.	1
13. Cataracte congénitale.....	1 —	1 très bon.	1
14. Staphylôme part. de la cornée.	1 —	1 bon.	1

Total général... 111

SCLÉROTOMIE..... 5 cas.

Glaucome.....	2 cas.	Résultat opératoire.	Très bon.	2	2
Hydrophthalmie....	2 —	—	Très bon.	1	2
			Bon.	1	
Buphtalmie.	1 —	—	Bon.	1	1
					<u>5</u>

PARACENTÈSES..... 18 cas.

Ulcères à hypopyon.....	11 cas.	Rés. opérat.	{ Très bon.	10
			{ Mauvais..	1
Abcès à hypopyon.....	4 —	—	{ Très bon.	8
			{ Mauvais .	1
Sphaécèle de la cornée....	2 —	—	{ Médiocre.	1
			{ Nul.....	1
Ulcère de la cornée avec pannus.....	1 —	—	Très bon.	1

ÉNUCLÉATIONS..... 73 cas.

Staphylôme total de la cornée.....	11 cas.	Résultat opératoire.	Très bon.	
Décollement de la rétine avec tu- meur intraoculaire.....	6 —	{	Très bon.	5
		{	Mauvais.	1
			(tum. récidivante).	
Irido-choroïdite glaucomateuse....	12 —		Très bon.	12
— suppurative.....	4 —		Très bon.	4
— avec occlus.pupill.	16 —		Très bon.	16
Glaucome absolu.....	3 —		Très bon.	3
— hémorrhagique.....	1 —		Très bon.	1
Phthisie du globe.....	8 —		Très bon.	8
Buphtalmos avec irido-choroïdite..	5 —		Très bon.	5
Cataracte traumatique avec poussée glaucomateuse.....	5 —		Très bon.	5
Leucome adhérent avec cataracte traumatique.....	2 —		Très bon.	2

ASPIRATION (PROCÉDÉ DE BOWMANN).

Cataracte molle.....	3 cas.	Très bon.	3
— traumatique.....	1 —	Bon.	1

IRIDOTOMIE.

Irido-cyclite.....	1 cas.	Médiocre.	1
Cataracte siliqueuse.....	1 —	Nul.	1
— secondaire.....	6 —	{ Très bon.	2
		{ Bon.	3
		{ Nul.	1
Hernie de l'iris.....	1 —	Nul.	1

DISCUSSION.

		Résultat opératoire	
Cataracte molle.....	4 cas.	Très bon.	4
— secondaire.....	13 —	Très bon.	13
— traumatique.....	5 —	{ Très bon.	4
— congénitale.....	1 —	{ Nul.	1
		Nul.	1

CAPSULOTOMIE.

Cataracte secondaire.....	9 cas.	{ Très bon.	7
		{ Nul.	2

OPÉRATION DE STRABISME..... 27 cas.

Ténotomie du muscle droit interne.	24 cas.	{ Très bon.	16
		{ Bon.	6
— — — externe.	1 —	{ Nul.	2
		{ Très bon.	1
Ténotomie du droit interne avec avancement du droit externe.....	1 —	Très bon.	1
Ténotomie du droit externe avec avancement du droit interne.....	1 —	Médiocre.	1

SUTURES DE GAILLARD.

Pannus granuleux avec ulcère de la cornée.....	3 cas.	{ Très bon.	2
		{ Bon.	1

TRANSPLANTATION DU SOL CILIAIRE.

Procédé en Z..., du Dr FIEUZAL 4 cas.

Distichiasis.....	4 cas.	Résultat opératoire.	Bon.	4
-------------------	--------	----------------------	------	---

CAUTÉRISATION A L'AIDE DU GALVANO-CAUTÈRE.

		Résultat opératoire.	
Iritis suppurative.....	1 cas.	Nul.	
Staphylôme de la cornée.....	2 —	{ 1 bon.	
		{ 1 nul.	
Abcès de la cornée avec hypopyon.	2 —	2 bon.	
Ulcère atonique de la cornée.....	1 —	1 bon.	
Hernie de l'iris avec enclavement..	1 —	1 bon.	
Leucome adhérent avec staphylôme.	1 —	1 bon.	
Tumeur cancéroïdale.....	1 —	1 bon.	

EXTIRPATION A L'AIDE DU BISTOURI.

		Résultat opératoire.
Dermoïde de la queue du sourcil...	2 cas.	2 bon.
— de la cornée.....	2 —	2 bon.
— de la conjonctive	2 —	2 bon.
Kyste huileux de la conjonctive....	1 —	1 bon.
— perlé de l'iris.....	1 —	1 bon.
Mélano-sarcome.....	1 —	1 bon.

EXCISION DE L'IRIS DANS

Hernie de l'iris.....	6 cas.	6 bons.
-----------------------	--------	---------

INCISION CRUCIALE DANS

Panophtalmie.....	2 cas.	} 3 cas.
Irido-choroïdite suppurative.....	1 —	

OPÉRATION DE SCHEMISCH.

Ulcère septique de la cornée..	2 cas.	Très bon. 1	} 2
		Mauvais. 1	

BLÉPHAROPLASTIE ET BLÉPHARORRAPHIE.

Cicatrices rétractiles par brûlure..	1 cas.	1 bon
Blépharoplastie après ablation d'une tumeur des paupières.....	1 —	Bon résultat.

PÉRITOMIE.

Pannus vasculaire granuleux.....	2 cas.	2 bons résultats.
Tatouage de la cornée.....	1 —	1 bon.
Ptérygion (ablation).....	1 —	1 bon.

ENTROPION... 3 cas.

Méthode opératoire. — Excision d'un lambeau de peau
au-dessous de l'enroulement. Rés. Bon. 3

VOIES LACRYMALES..... 298 cas.

Dacryocystite.....	98 opérées par le point supérieur.
Larmolement.....	189 opérations par le point inférieur.
Tumeurs lacrymales...	11 opérations par le point supérieur.

Récapitulation des opérations pratiquées.

CATARACTES		RÉSULTAT.				
	Méthode employée.	Nombre.	Très bon.	Bon.	Médioc.	Nul.
Séniles com-	Kératotomie sup. et					
plètes.....	iridectomie.....	178	133	11	23	11
—	Kérat. inf. et irid.	2	»	2	»	»
Séniles incom-	Iridectomie préa-					
plètes.....	lable.....	13	18	»	»	»
Traumatiques.	Kérat. sup. et irid.	7	6	»	1	»
—	Aspiration.....	1	»	1	»	»
—	Discission.....	5	4	»	»	1
Siliqueuse.....	Iridotomie.....	1	»	»	»	1
Molles régress.	Kér. sup. et irid.	13	10	»	2	1
Noire.....	Kér. sup. et irid.	1	1	»	»	»
De Morgagni..	Kér. sup. et irid.	1	1	»	»	»
Congénitales..	Kér. sup. et irid.	1	1	»	»	»
—	Iridectomie.....	1	1	»	»	»
—	Discission.....	1	»	»	»	1
Adhérentes....	Kérat. sup. et irid.	40	27	1	5	7
Molles.....	Discission.....	4	4	»	»	»
—	Discis. et aspirat..	3	3	»	»	»
Secondaires...	Iridotomie.....	6	2	3	»	1
—	Discission.....	13	13	»	»	»
—	Capsulotomie.....	9	7	»	»	2
Crystallin cata-	Kér. sup. sans iri-					
racté et luxé..	dectomie.....	1	1	»	»	»
Total :		306	232	18	31	25

Récapitulation des opérations diverses.

OPÉRATIONS DIVERSES.		RÉSULTAT.				
	Nombre.	Très bon.	Bon.	Médiocre.	Nul.	
Iridectomie.....	111	85	11	10	5	
Sclérotomie.....	5	3	2	»	»	
Paracentèses.....	18	14	»	3	1	
Énucléations.....	71	70	»	»	1	
						tumeur récidiv.
Strabismes.....	27	18	6	»	3	
Sutures de Gaillard.....	3	2	1	»	»	
Transplantation du sol ci-						
liaire.....	4	»	4	»	»	
Opération de Sœmisch...	2	1	»	»	1	
Péritomie.....	2	»	2	»	»	
Cautérisation au galvano-						
cautère.....	9	»	7	»	2	

FIEUZAL.

	Nombre.	Très bon.	Bon.	Médiocre.	Nul.
Extirpation de tumeurs...	9	»	9	»	»
Excision de l'iris.....	6	»	6	»	»
Blépharoplastie.....	2	»	2	»	»
Blépharorrhaphie.....	1	»	1	»	»
Tatouage de la cornée...	1	»	1	»	»
Ptérygion.....	1	»	1	»	»
Entropion.....	3	»	3	»	»
Total :	275	193	56	13	18

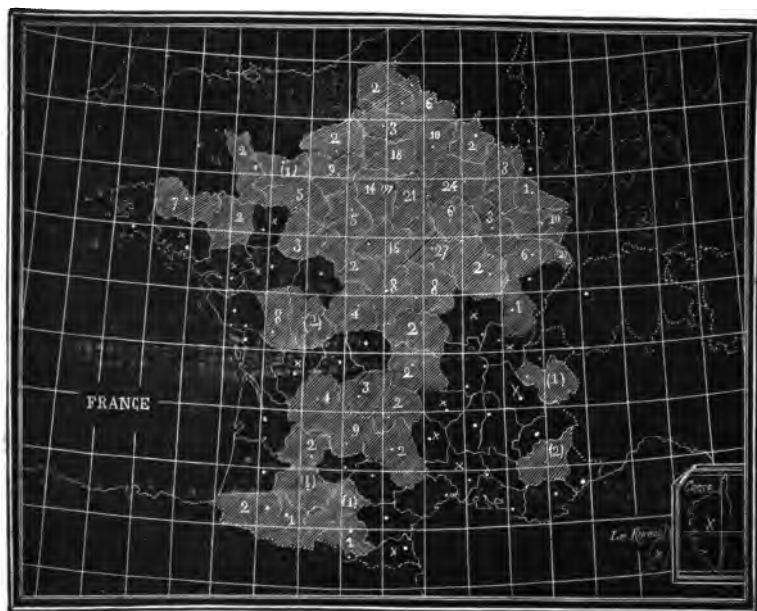
MOUVEMENT DES MALADES PAR DÉPARTEMENT.

Aisne.....	10	Marne.....	24
Allier.....	2	Marne (Haute).....	3
Ardennes.....	2	Meurthe.....	1
Ariège.....	1	Meuse.....	3
Aube.....	6	Nièvre.....	8
Aveyron.....	2	Nord.....	6
Basses-Alpes.....	2	Oise.....	18
Calvados.....	1	Orne.....	5
Cantal.....	2	Pas-de-Calais.....	2
Cher.....	8	Puy-de-Dôme.....	2
Corrèze.....	3	Pyrénées (Basses)...	2
Côte-d'Or.....	2	Pyrénées (Hautes)...	1
Côtes-du-Nord.....	7	Saône (Haute).....	6
Dordogne.....	4	Sarthe.....	3
Eure.....	9	Savoie.....	1
Eure-et-Loir.....	5	Seine.....	197
Garonne (Haute)....	1	Seine-Inférieure.....	2
Gers.....	1	Seine-et-Marne.....	21
Ille-et-Vilaine.....	2	Seine-et-Oise.....	14
Indre.....	4	Somme.....	3
Jura.....	1	Sèvres (Deux).....	8
Loir-et-Cher.....	2	Territoire de Belfort.	2
Loiret.....	15	Vienne.....	2
Lot.....	9	Vosges.....	10
Lot-et-Garonne.....	2	Yonne.....	27
Manche.....	2		

Total : 476

CLINIQUE NATIONALE DES QUINZE-VINGTS.

DÉPARTEMENTS QUI ONT ENVOYÉ DES MALADES A LA CLINIQUE DANS LE COURS
DE L'ANNÉE 1882.

*Clinique externe.*

28,798 consultations ont
été données à 6,670
malades qui ont pu se
faire traiter en dehors
de la clinique.

RÉSUMÉ.

Total général : } Consultations internes
et externes 33,323.
(7,146 individus.

Clinique interne.

476 malades ont été opé-
rés à la Clinique et ont
donné lieu à 8,625 con-
sultations ou journées
de traitement, ce qui
donne une moyenne de
13 par individu.

Les 306 opérations de cataracte ont donc donné lieu aux résultats
suivants :

250 fois le résultat a été bon, c'est-à-dire....	81.69 0/0
31 — — — médiocre	10.13 0/0
25 — — — nul	8.16 0/0

A ne considérer que les cataractes, nous avons donc réussi à diminuer la cécité dans la proportion de 81.69 0/0.

Quant aux diverses autres opérations, qui toutes concourent, quoique moins directement, au but que nous poursuivons, elles ont donné lieu :

249 fois à un résultat bon ou.....	90.54 0/0
12 — — médiocre ou.....	4.40 0/0
13 — — nul ou.....	4.72 0/0

Le Gérant : ÉMILE LECROSNIER.

BULLETIN
DE LA
CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE
DE L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE
OCULAIRE,

Par le D^r FIEUZAL.

La tuberculose, ainsi que l'avait pressenti dans son *Traité des tumeurs* notre immortel Laënnec, se comporte comme une tumeur maligne et, comme telle, elle peut envahir tous les tissus de l'œil sans exception, ainsi que le démontrent les recherches qui ont été faites depuis une trentaine d'années environ.

E. de Jæger le premier, en 1855, attribua à la tuberculose certains exsudats choroidiens, qu'il avait découverts à l'ophthalmoscope; après lui, de Græfe, en 1858, attribua à la tuberculose certains néoplasmes, considérés, jusqu'à lui, comme des produits cancéreux ou scrofuleux.

Voici du reste, en ce qui concerne la tuberculose de l'iris, un index bibliographique emprunté à Rémy: (1)

Manz, tuberculose oculaire dans diverses publications, dans les tomes IV et IX des *Archives de de Græfe*, dans les *Annales d'oculistique*, en 1864 et en 18.. (tome 45), et dans les *Klinische Monatsblätter*, en 1881.

Haale, dans *Arch. für ophtal.*, en 1881, s'est occupé du tubercule de l'iris.

Parinaud, *tub. de l'iris*, *Soc. de chir.*, juillet 1879.

Poncet, *iris et corps vitré*, *Soc. de chir.*, juin 1882.

Rüter, *tub. de l'iris*, *Arch. Knapp*, vol. X, 1881.

(1) Rémy, thèse de Paris 1883.

Saltini, néopl. de l'iris, Ann. d'opht., vol. IV.

Samelsohn, iris, Soc. de Heidelb., 1879.

Swanzy, tub. de l'iris, Rev. gén. d'opht., 1882.

Wolf, tub. de l'iris, Centralb. fur prak., 1882.

Anger, Th., tub. de l'iris, Soc. de chir., 1879.

Baumgarten, tub. de l'iris, Arch. de de Græfe, 1878.

Costa Pruneda, tub. de l'iris, Albrecht von Græf's, 1881.

Brailey, Soc. du Royaume-Uni, 1881.

Gradenigo, Soc. du Roy.-Uni, Ann. d'ocul., 1870.

C'est Manz, de Fribourg, qui publia la première observation de choroïdite tuberculeuse, avec phthisie pulmonaire concomitante et suivie d'autopsie. Il y trouva les grandes cellules à noyaux et crut pouvoir caractériser le tubercule par la présence, dans ses masses caséeuses, de cellules géantes; mais on sait, à n'en plus douter aujourd'hui, que celles-ci s'observent non seulement dans le tubercule, mais encore dans la syphilis, la morve, le farcin, dans les dépôts tophacés des goutteux; on en a même trouvé autour des corps étrangers articulaires; de sorte qu'il en est de la cellule géante, à peu près comme de la cellule dite cancéreuse, et l'on pourrait, comme des livres, dire d'elles: *Habent sua fata cellulae*!

TUBERCULES DE L'IRIS.

Nous réunissons ici quatre cas, qui ont présenté d'une façon irrécusable les signes cliniques des tubercules de l'iris; tous les quatre ont offert dans leur évolution une similitude qui est le caractère propre, et comme la marque de la diathèse, dont ils ne sont que la manifestation localisée: un seul de ces cas, il est vrai, a été suivi d'autopsie, c'est-à-dire d'examen histologique, après énucléation sur le vivant, mais, comme il avait présenté des caractères cliniques, absolument identiques aux trois autres, qui manquent de cette sanction, nous nous croyons fondé à les relater ici, à côté de celui dont l'examen a été pratiqué au laboratoire de la clinique, et dont nous donnons ci-après le dessin, avec l'observation histologique, par M. le Dr Binet, chef du laboratoire.

Des quatre cas de tuberculose de l'iris que nous avons observé, sur 40,000 malades inscrits, le premier remonte à 1874,

et concerne un jeune garçon de 15 ans, qui perdit rapidement la vue de l'œil droit, à la suite d'une poussée, sur la surface de l'iris, de tumeurs grisâtres, d'apparence condylomateuse, ayant chacune le volume d'une grosse tête d'épingle; l'occlusion pupillaire arriva bientôt à la suite d'exsudats sur la capsule, et les instillations de collyres mydriatiques n'amènèrent aucune dilatation. La santé générale de ce garçon était bonne; il n'avait aucun signe de phthisie pulmonaire; il était gros comme les scrofuleux et portait quelques ganglions cervicaux engorgés; malheureusement il cessa de venir à la clinique au bout de quelques mois et nous empêcha ainsi de justifier le diagnostic, qui avait dû être porté par voie d'élimination. Il n'y avait pas chez lui de syphilis acquise, ni héréditaire; cependant, en raison de l'apparence condylomateuse de cette iritis subaiguë, un traitement mixte fut institué pendant quelques semaines, sans amener le moindre résultat.

Le deuxième cas concerne une jeune fille inscrite sous le n° 1884, qui s'est présentée à la clinique en 1881, et qui était atteinte sur l'œil droit de tumeurs grisâtres, parsemées sur toute la surface de l'iris, surtout en dehors, et faisant saillie dans la chambre antérieure. Peu de rougeur périkeratique, peu de douleur, pas de réaction inflammatoire, malgré une occlusion pupillaire, qui se produisit dans l'espace de quelques semaines, malgré l'emploi des mydriatiques.

L'examen à l'éclairage latéral, combiné avec le grossissement obtenu par la loupe de Breuke, permet de voir des saillies jaunâtres au nombre de 12 ou 14, parsemées de quelques rares vaisseaux et affectant un aspect muriforme; on assiste de semaine en semaine à l'évolution lente de cette affection, qui n'amène pour ainsi dire aucun trouble fonctionnel. En dehors de la perte de la vision, la jeune fille ne se plaint pas de son œil; son état général laisse beaucoup à désirer, elle est amaigrie et présente dans les sommets des craquements qui ne laissent pas de doute sur la généralisation de la tuberculose.

Cette malade a cessé de se présenter à la consultation après être venue pendant plus de six mois; aussi ne pouvons-nous accorder à ces deux observations qu'une importance clinique.

Nous les avons suivis assez longtemps pour pouvoir affirmer que dans les deux il y a eu incontestablement tuberculose de l'iris et que, dans le premier cas, la tuberculose était *primitive*, tandis que dans le second elle était *concomitante* avec une tuberculose pulmonaire.

Le troisième cas concerne une petite fille, née de père et mère bien portants; elle a 9 ans, n'a jamais été malade; pas de convulsions, très bonne santé habituelle, jamais de maux d'yeux.

Cette enfant, inscrite sous le n° 15529 de la clinique nationale, présente sur l'O. D. une iritis subaiguë avec occlusion pupillaire et des saillies d'aspect grenu, chatoyant, jaune gris semblables à des condylomes plus périphériques que péri-pupillaires. L'enfant est très gaie et ne présente aucun signe de tuberculose dans les poumons ni ailleurs.

Le diagnostic porté fut cependant *tubercules de l'iris*, et un traitement fut institué, altérant d'abord, puis tonique : enfin, ne voulant pas nous exposer à voir partir la malade sans faire l'analyse de la tumeur, nous avons, après avoir suivi la malade pendant un certain temps, proposé au père l'énucléation, qui a été acceptée et pratiquée un mois après son arrivée à la clinique. — Suites de l'opération, normales.

Le quatrième cas est actuellement en observation : c'est l'enfant W..., n° 17642.

La description clinique est en tout identique à celle des cas précédents; l'enfant est très bien portant, de même que les parents; son œil droit est pris depuis quelques semaines, et lorsqu'on l'amène à la clinique, le 18 juin 1883, il est atteint d'iritis subaiguë avec rougeur péri-kératique à peine marquée; pas de douleur, pas de photophobie, pas de larmoiement; l'occlusion pupillaire est complète et résiste à tous les mydriatiques.

L'enfant n'a pas eu de convulsions; il est peu développé, d'un tempérament nerveux et sec, pas de ganglions cervicaux et supporte à merveille le sirop de Gibert, donné pendant trois semaines, puis cessé, et remplacé par le sirop d'iodure de fer.

Il est en observation à la clinique, où il est conduit par sa mère une fois par semaine pour l'intervention éventuelle s'il y a lieu.

Je n'ai encore observé que deux fois les tubercules choroïdiens en voie d'évolution; je dis en voie d'évolution, parce que je pense que bon nombre de plaques discrètes de choroïdite atrophique avec bordure pigmentée, à siège le plus souvent monoculaire et dont les porteurs ignorent souvent l'existence, pourraient bien n'être autre chose que le résidu de tubercules de la choroïde, passés inaperçus dans l'enfance.

Quoi qu'il en soit, les tubercules de la choroïde, dont l'existence ne saurait être plus contestée que celle des tubercules des méninges, ne sont pas, à beaucoup près, aussi fréquents que le déclarent certains auteurs. Je n'en veux pour preuve, en ce qui me concerne, que la constatation, vraiment minime, de deux cas authentiques, sur un nombre considérable d'enfants que j'ai examinés avec le plus grand soin dans le service de M. le Dr Cadet de Gassicourt, à l'hôpital Trousseau, pendant plusieurs années, de sorte que je crois que, pour rester dans la vérité, on doit dire que les tubercules de la choroïde sont l'exception, tandis que la névrite et la névro-rétinite sont la règle dans les méningites.

Quant aux tubercules de la conjonctive, je n'en ai pas encore observé, et comme leur fréquence est loin d'être commune, je donne ci-après la traduction littérale d'un article de Manz, paru en 1881 dans le *Klinische Monatsblätter* de janvier; cet intéressant article renferme un cas de tuberculose de la conjonctive et un cas de tuberculose de la choroïde avec autopsie et examen histologique.

Dans les lignes qui précèdent la relation des observations, Manz ne se prononce pas sur la question de savoir si les produits tuberculeux sont vraiment le résultat d'une inflammation, ou si un virus spécifique déposé dans le tissu a amené l'inflammation.

Il pense, avec Haab, que les deux formes de tuberculose aiguë ou chronique sont analogues jusqu'à un certain degré, et qu'il se trouve dans le tubercule miliaire de la choroïde des phénomènes inflammatoires du tissu, et qu'en outre il y a, entre l'état histologique de la tuberculose miliaire de la choroïde et de la conjonctive, une grande conformité par la tendance à l'accumulation et à l'hyperplasie conjonctive qu'on observe dans les deux.

Voici, du reste, la traduction de l'article sus-indiqué :

Observation de tuberculose de la conjonctive, par Manz. — *Traduction.*

Enfant de 2 ans 1/2, amené en août à la clinique; malade depuis quatre semaines sans cause connue. Père bien portant, mère morte phthisique; sœur de 4 ans bien portante.

A son entrée à la clinique, l'enfant présentait sur le côté droit du cou des ganglions qui occupaient l'angle de la mâchoire, et s'étendaient jusqu'à la paupière inférieure; l'engorgement glandulaire du cou remontait à six mois. Les deux paupières de l'œil droit étaient assez fortement enflées, molles surtout, pas brûlantes. Sous la peau de la paupière inférieure, il existait une grosseur arrondie, palpable et facilement mobile, de la grosseur d'un pois environ.

Le bord de la paupière inférieure montrait de curieuses altérations : la partie temporale était à moitié détruite, et la partie nasale dentelée d'une manière particulière. Cette dernière, aplatie, de couleur gris rougeâtre, était bordée de quelques petits nodules gris-blanc, de la grosseur de têtes d'épingles.

On trouvait aussi de semblables nodosités dans le fornix inférieur. Sur le bord de la paupière supérieure (surface congénitale), deux petits abcès plats, à bords infiltrés, blanchâtres et à fonds jaune.

La conjonctive des paupières renfermait aussi quelques petites nodosités dans le voisinage de la partie hyperémiée.

La conjonctive bulbaire montrait un léger chémosis.

Dans le limbe inférieur qui était entièrement troublé, il y avait deux petits nodules gris. Le reste de la cornée était clair, il n'y avait rien d'anormal dans l'iris et dans la pupille. L'œil gauche était sain et resta tel.

Les enflures des glandes, de ce côté du cou, étaient bien moindres qu'à droite.

Il n'y avait rien à remarquer dans le voisinage de la parotide.

Le diagnostic pouvait osciller entre la tuberculose, le lupus et le trachome.

Le lupus conjonctival, dont je n'avais encore vu aucun cas, me sembla devoir être exclu, parce que la peau extérieure était continuellement restée intacte.

La localisation de l'affection d'un seul côté faisait rejeter l'idée du trachome, et aussi celle d'une dégénérescence amyloïde; les paupières étant trop relâchées et l'infiltration trop isolée. Je m'arrêtai à l'idée d'une tuberculose locale de la conjonctive, et cependant je n'en trouvai pas la confirmation au microscope.

Une petite parcelle de la conjonctive, que j'excisai dans le voisinage du fornix inférieur, montra une infiltration épaisse de petites cellules de la conjonctive, mais aucun tubercule. L'état général de l'en-

fant, qui dans les commencements n'avait pas même été troublé par une longue diarrhée, resta cependant assez bon encore durant un certain temps, et l'examen physique de la poitrine ne montra rien d'anormal. L'enfant était gai, et, grâce à une bonne nourriture, il eut bientôt meilleure mine.

Mon traitement se borna, au commencement, à une augmentation de nourriture et à l'essai de faire rétrograder l'enflure conjonctivale; mais l'effet en fut très médiocre, et presque tous les topiques que j'employai, même le benzoate de soude, n'amenèrent qu'une augmentation de sécrétion qui, du reste, était assez faible. Les phénomènes qui se produisirent ensuite ne furent pas très significatifs. Pendant que l'enflure des paupières tantôt augmentait, tantôt diminuait, la grosse nodosité située sous la paupière inférieure diminuait aussi, sans cependant disparaître tout à fait.

Les deux petits abcès de la paupière supérieure confluaient, sans pénétrer cependant plus profondément. Il se forma à l'angle externe de l'œil une rétraction cicatricielle de la commissure.

L'infiltration de la conjonctive palpébrale augmenta, et les troubles du bord de la cornée s'étendirent vers le haut, renfermant encore de très petits nodules gris-blanc, pendant que le limbe supérieur restait intact.

Pendant que les ganglions indurés et renflés du cou diminuaient peu à peu, une glande en avant de l'oreille droite enfla fortement, la peau rougit; je fis une incision, avant que la rupture spontanée ne se produisît, et je constatai la présence d'une masse caséeuse blanche sans pus.

Cette masse fut encore, pendant un certain temps, exprimée par la plaie, qui se fermait lentement. Les altérations de la paupière inférieure s'avançaient seulement jusqu'à l'angle interne; la conjonctive palpébrale était partout ramollie.

La muqueuse, au niveau du pli du passage caronculaire, se dressait en avant, en forme de bourrelet, et était entourée de très petits nodules gris. Une cautérisation, renouvelée plusieurs fois avec la pierre, n'avait pas amené la scarification ordinaire, mais, toujours à la suite, une irritation avec sécrétion visqueuse, saignante, de sorte qu'on la suspendit.

Au milieu de novembre, il arriva un trouble dans l'état général de l'enfant; sa gaité disparut, il devint morose, demanda souvent à être couché et perdit l'appétit; pendant le sommeil, il poussait des cris et s'éveillait en sursaut. Le 17 le thermomètre accusa 39,5, et monta au-dessus encore les jours suivants dans le jour, pendant que le matin et le soir il n'y avait plus que 38° et même moins; pouls à 120. A l'auscultation, quelques ronchus sonores sans matité à la percussion. L'enfant conserva sa connaissance jusqu'à la fin, mais resta insensible dans son lit avec la tête penchée en arrière. Convulsions cloniques dans les bras et les jambes, respirations avec arrêts. A l'oph-

talmoscope, on trouvait une stase veineuse rétinienne avec suffusion séreuse circa-papillaire.

A mesure que les signes de méningite se déroulaient, les ganglions lymphatiques du cou et du visage diminuaient d'une manière frappante et il se produisait un considérable dégorgeement de l'infiltration des paupières et de la conjonctive de l'œil malade, ce qui rendit les glandes éparpillées d'autant plus visibles; le 29 novembre arrivèrent les râles, la perte de connaissance et, le 30, la mort.

Autopsie. — Le crâne est injecté, la dure-mère distendue, le grand sinus rempli de sang noir, avec coagulum blanchâtre çà et là. La pie-mère infiltrée, mais transparente partout, sauf dans la région frontale. Les circonvolutions sont aplaties; après l'enlèvement du cerveau, les fosses crâniennes se remplissent d'eau. La pie-mère de la base est trouble et renferme de tout petits noyaux gris, éparpillés et réunis en groupe, surtout sous l'hémisphère droit; dans les sillons, on remarque aussi de pâles agglomérations éparses et s'étendant jusqu'à l'écorce cérébrale. Le liquide des ventricules est trouble. Au niveau du thalamus optique droit, se trouve un foyer jaunâtre presque de la dimension d'un petit pois. La substance blanche est partout infiltrée, l'écorce limitée d'une façon tranchée. On découvre dans la région du cou, des deux côtés, mais plus à droite qu'à gauche, de forts paquets de glandes en dégénérescence caséuse. Les ganglions bronchiques sont eux-mêmes tuméfiés, gris-rouge et caséux; la plèvre pulmonaire et le tissu pulmonaire sont remplis de granulations milliaires confluentes; le foie, en dégénérescence graisseuse, présente des tubercules milliaires à la coupe et à la surface; de même la séreuse de la rate. Les reins n'en présentent pas.

Les glandes mésentériques sont tuméfiées et caséuses; l'intestin présente lui-même des ulcères de la grosseur d'un thaler et des follicules tuméfiés.

L'œil fut ouvert aussitôt et ne présenta pas plus que le droit, examiné plus tard, aucun tubercule de la choroïde.

L'œil droit avec sa paupière fut durci et, plus tard, soumis à une coupe transversale qui montra, à travers la paupière inférieure et principalement dans le cul-de-sac, une riche infiltration de cellules petites qui se prolongeaient par places et diminuaient de l'angle externe à l'angle interne.

La surface libre de la conjonctive porte çà et là encore un épithélium serré de façon que les infiltrations cellulaires sont libres; nulle part n'existent d'ulcérations profondes, et il est bien possible que l'on puisse attribuer la desquamation épithéliale aux cautérisations déjà faites avec la pierre. Dans ces petits abcès, on remarque des brillantes cellules rondes à noyau facilement coloré, des cellules conglomerées et des cellules géantes, bien que ces dernières soient peu abondantes. La partie inférieure de la coupe offre une surface très déchiquetée, au milieu de laquelle se trouve une masse amorphe caséuse, et renferme un détritux à forme nucléolaire. On rencontre ces

noyaux tout à fait isolés, rarement vers la surface, et souvent dans la profondeur de la muqueuse; ce qui explique que le lambeau enlevé pendant la vie ait été trouvé dépourvu de tubercules.

Manz regrettant de ne pouvoir donner dans le journal la figure de cette préparation, à cause des dimensions du dessin, dit que la coupe du limbe conjonctival inférieur dont la tuméfaction augmentante fut observée pendant la vie, comme aussi la présence de petits noyaux gris, montre une assez épaisse granulation siégeant sous l'épithélium conjonctival et se prolongeant dans le tissu de la cornée, sous la membrane de Bowman; cette dernière apparaît en général comme striée d'une façon brillante, l'épithélium de la cornée paraît peu altéré, pendant que vers le bord une desquamation purulente se remarque.

Une telle desquamation semble être, du reste, le résultat d'une destruction des couches profondes de l'épithélium et la conjonctive tarsale présente une énorme perte de substance par la destruction sous-épithéliale. Ce sont là des préparations analogues à celles que Ziégler lui avait cédées, concernant les tubercules de la muqueuse de la gorge.

Au-dessous de cette infiltration sous-épithéliale de cellules, et presque seulement au voisinage du bord de la cornée, on trouve d'assez nombreux tubercules d'un moindre volume.

En outre, des cellules granuleuses s'observent sous la membrane limitante antérieure, assez loin dans la cornée, et suivant le trajet des vaisseaux sanguins lymphatiques et des nerfs. Il est intéressant de suivre ces cellules migratrices jusque dans les corpuscules propres de la cornée, en enfilades non interrompues, comme on voit dans l'injection de substances colorées, par production de kératite suppurative expérimentale. Il est hors de doute que les cellules tuberculeuses viennent du limbe de la conjonctive, pour s'avancer dans la cornée, ainsi que Haab l'a décrit dans la tuberculose de la conjonctive. Manz, comme Haab, repousse la pensée que la dégénérescence des ganglions du cou, dans ces cas, soit la conséquence d'une affection catarrhale scrofuleuse de la conjonctive.

Dans le cas rapporté, il existait une rétraction cicatricielle du bord de la paupière inférieure et de la commissure externe, qui n'étaient pas la conséquence de l'ouverture d'un abcès, mais le résultat d'un trouble du tissu sous épithélial, ainsi que le prouvèrent plus tard les coupes microscopiques. Le cantonnement des tubercules dans le voisinage de la cicatrice, amenant leur avortement, pourrait devenir ainsi une cause de guérison (transformation scléreuse).

La blépharite, que l'enfant avait présentée de son vivant, avait produit une telle destruction du bord de la paupière, que Manz n'en avait jamais vue de pareille; il pense avec Haab que le début de la maladie avait porté sur l'appareil lymphatique de la moitié correspondante de la tête; de sorte que la maladie, eût-elle eu pour foyer initial la conjonctive, ce qu'on ne peut absolument affirmer, il est

dans ce cas beaucoup plus difficile de le détruire, dans le but de s'opposer à une généralisation éventuelle des tubercules, que lorsque ceux-ci sont localisés dans le globe oculaire. Dans ce cas, l'énucléation prophylactique a trouvé déjà des défenseurs convaincus à la Société de chirurgie de Paris : on en est donc réduit à l'emploi de topiques, parmi lesquels le benzoate de soude n'a donné à Manz que des résultats peu encourageants.

TUBERCULOSE CHRONIQUE DE LA CHOROÏDE.

Manz rapporte ci-après l'observation qu'il tient du professeur Baember et qui concerne un cas de tumeurs multiples siégeant dans les organes centraux et aussi dans l'intérieur de l'œil, et pour le diagnostic desquelles l'examen ophtalmoscopique n'avait pas servi à reconnaître la nature spécifique en raison des difficultés occasionnées par l'agitation de l'enfant et aussi par la durée de l'observation (cinq semaines).

Relation de l'observation. Traduction littérale. — Otto G... de Hartheim, âgé de 8 ans, mère morte à 41 ans, d'une attaque de paralysie. — Frère de 11 ans et père bien portants.

Deux frères et sœur, morts dans les premiers jours de leur naissance, à la suite de convulsions.

Jusqu'à 7 ans, Otto fut bien portant et intelligent, puis il eut la rougeole, dont il guérit, mais son père fit observer qu'il avait depuis sans cesse envie de dormir. Au mois de mars 1878, il arriva des troubles dans la marche, l'enfant fut obligé de s'aider des pieds et des mains, il eut souvent des vomissements, le matin à jeun, mais sans perdre toutefois l'appétit. Au milieu de mai, il eut une première crise de convulsions : opisthotonos; yeux roulants; perte de connaissance; durée, une heure.

Il en eut d'autres, d'abord tous les deux jours, ensuite tous les jours, enfin plusieurs fois par jour; il avait sa connaissance, pouvait parler et comprendre ce qu'on lui disait. Admis le 6 juin à la clinique, cinq semaines après les premiers symptômes des troubles de la vision et depuis trois semaines complètement aveugle.

Rien d'anormal du côté de l'ouïe, plainte continuelle de maux de tête, les yeux dirigés à gauche presque toujours. Efforts visibles pour obtenir une autre direction. Pupilles presque toujours dilatées ad maxima, mais réagissant bien, excepté sous l'influence de la lumière.

Examen ophtalmoscopique très pénible, à cause de l'agitation constante de l'enfant.

Observation dans l'œil gauche, en juillet, de décollements partiels

multiples de la rétine, poussée en avant et en forme de bosse. L'un d'eux en dehors de la papille, qui est presque cachée; l'autre plus grand et visiblement moins tendu, du côté nasal, tout près de l'entrée du nerf optique et quelque peu aplati; la couleur du décollement temporal était assez blanche et réfléchissait fortement la lumière. L'autre était plus blanc que gris et il avait des contours moins aigus que le premier, qui révélait visiblement la tumeur du bas; surface assez lisse, du moins n'offrant pas de grandes protubérances; le décollement nasal offrait quelques plissures plates peu de vaisseaux sur la proéminence. Les vaisseaux centraux étaient surtout entortillés et les veines élargies. Du côté temporal et appartenant à la tumeur, quelques petits grains riziformes.

Papilles très pâles, contours assez aigus, la gauche plus grise, la droite blanche. Dans la gauche, une rayure linéaire se continuant dans la rétine. En outre de la position presque toujours dirigée vers la gauche, l'œil droit devint plus élevé que l'autre et des convulsions nystagmiques, quoique rares et courtes, apparurent, mais elles cessaient, dès qu'on forçait l'enfant à regarder dans une autre direction que dans la direction à gauche.

La persistance de la direction à gauche était plus forte dans l'œil droit. Il y eut ainsi demi-paralyse du nerf facial, d'une intensité variable, une paraplégie inégale, pour les deux pieds. La marche devint très difficile.

Dans les organes respiratoires et circulatoires rien d'anormal; esprit lucide, même durant les crises convulsives.

La convulsion se traduisait surtout par de forts et douloureux opisthotonos. Les mains restaient libres, mais les pieds se courbaient en arrière. Pendant les crises, et dans les intervalles de celles-ci, somnolence. Les apophyses épineuses du rachis, très sensibles au toucher. Les douleurs de tête continuelles semblaient cesser pendant les attaques; parfois des vomissements, mais sommeil et appétit bons généralement; plus tard, il y eut pendant une crise, dyspnée, pouls à peine sensible, état qui conduisit à une terminaison fatale. malgré l'essai répété de la respiration artificielle et, le 11 août, de la trachéotomie.

Autopsie. — Le cerveau et la moelle épinière, dont la pie-mère était assez hyperémiée, renfermaient : le cerveau plusieurs, et la moelle, une tumeur de la grosseur d'une noisette de couleur gris-rouge, situées dans la substance blanche de la moelle : on en comptait deux dans l'hémisphère gauche, et trois dans le droit. Les premières et deux des dernières, sous les circonvolutions, une à la pointe du lobule temporal.

Les ventricules du cerveau étaient fortement distendus et remplis de liquide séreux; le thalamus optique aplati.

La tumeur de la moelle était placée au-dessous de la région lombaire et avait altéré le cordon postérieur gauche.

Les glandes du cou étaient augmentées, et en partie caséuses;

dans les deux poumons, beaucoup de nodosités miliaires, la partie supérieure du poumon gauche surtout en était farcie, et dans le droit, les parties supérieures en renfermaient plus que celles d'en bas. Les bronches étaient dilatées et remplies de viscosités.

Des nodules miliaires se trouvaient aussi dans l'endocarde; la rate dans sa pulpe, le foie à sa surface et dans son parenchyme, renfermaient des foyers caséux, de même que les reins.

Dans la coupe supérieure de l'intestin, il y avait aussi de petits abcès folliculaires caséux et qui confluaient avec de plus grosses nodosités tuberculeuses.

La séreuse péritonéale était aussi infiltrée de tubercules.

L'autopsie démontrait une tuberculose chronique, généralisée, avec de plus grandes tumeurs dans les organes centraux du système nerveux. Beaucoup de ces produits étaient déjà arrivés à un état caséux et ainsi s'était produite, par infection, une forme très étendue de tubercules miliaires.

Les dernières altérations de la régression caséuse montraient de grands et de petits noyaux, démontrant la nature tuberculeuse à forme conglomérée.

J'examinai par hasard l'œil atteint, et seulement un an après la mort.

Il ne pouvait naturellement pas être en bon état.

Je fis une coupe horizontale, et lorsque, je considérai la tumeur, intraoculaire, j'eus l'impression comme avant, du reste, que j'avais devant moi quelque chose comme un sarcome.

L'examen microscopique montra un stroma considérablement développé dans la partie principale de la tumeur; je n'avais pas encore vu de tubercules semblables, même dans aucun autre organe; je trouvais vide, à cette place, l'espace existant entre la choroïde et la sclérotique.

Le décollement de la rétine était très augmenté et séparé du côté temporal, de la choroïde, par un exsudat troublé, gélatineux, formant des plis, depuis l'entrée du nerf optique jusqu'en bas, et semblant soudé à la tumeur. Il semblait épaissi depuis sa limite antérieure, et de la choroïde à l'ora serrata; la plus grande longueur de la tumeur avait 12^{mm}, sa plus grande épaisseur 6 à 7. Son apparence était celle d'un nodule à moitié globuleux, avec surface assez lisse.

Il existait vers le bas un autre petit noyau de la grosseur d'une tête d'épingle. Il était contigu par son bord postérieur, presque immédiatement à l'entrée du nerf optique, quoique séparé de lui cependant par la rétine.

Sa couleur était celle d'une tache brunâtre, son union à la sclérotique paraissait ferme, macroscopiquement. Après avoir laissé la préparation longtemps dans l'alcool absolu, ce qui donna un meilleur durcissement, je fis un grand nombre de coupes, dans une direction méridienne, qui fut teinte, en partie avec le brun-Bismark, en partie avec l'hématoxyline.

La sclérotique, presque partout, apparut masquée, même jusqu'à 1 millimètre au-dessus.

Cela se remarqua par agrandissement au moyen de brèches interfasciculaires, qui, des cases du dehors, allaient en augmentant toujours jusqu'à l'intérieur, de façon que la membrane prit une structure lacunaire très marquée.

Les brèches allaient du dehors vers le dedans, toujours plus nombreuses, et elles étaient complètement bourrées de petites cellules rondes, dont le protoplasma prenait peu la coloration.

Par cette structure lacunaire, on observa que la limite entre la sclérotique et la choroïde était effacée à beaucoup de places. La sortie principalement était à peine perceptible, de sorte que les fibres de la sclérotique devenaient vers l'intérieur toujours plus fines.

Elles étaient aussi poussées dans une autre direction.

Notre cas diffère d'un cas, décrit par *Weis*, mais se rapproche au contraire d'un autre de *Haab*, dans lequel, à la suite de la rupture de la sclérotique, une tumeur épibulbaire s'était produite : cette tumeur, examinée par moi, fermait pour ainsi dire un passage, et il y avait à craindre un percement (dans la sclérotique), causé par les éléments de la tumeur.

Ceux-ci n'étaient pas de véritables cellules tuberculeuses, mais seulement des cellules granuleuses, auxquelles la structure compacte de la sclérotique opposait une résistance, favorisant ainsi l'évolution tuberculeuse. Il se trouvait très peu de tubercules dans les préparations, mais une tumeur beaucoup plus petite et placée dans le même œil décrit en contenait un assez grand nombre.

Entre ces fibres délicates, il y avait aussi un assez grand nombre de vaisseaux, dont les enroulements étaient occupés par beaucoup de petites cellules granuleuses. Il y avait très peu de pigment choroïdien, passé à l'intérieur des cellules de la tumeur.

Il n'y avait pour ainsi dire dans cette tumeur que deux sortes de cellules, des cellules rondes et d'autres plus grandes à noyaux brillants, de différentes formes, qu'on pouvait presque désigner comme épithélioïdes.

En ce qui concerne les vaisseaux sanguins, on était frappé par leur largeur non ordinaire. Il en était de même dans le voisinage de la limite des lames élastiques et dans le territoire de la chorio-capillaire.

En accord avec *Haab*, je dois reconnaître aussi la grande force de résistance que conservait la lamelle vitrée contenue dans la tumeur. Elle courait, comme une ligne légère et aiguë, dans toutes les coupes et partageait la tumeur en deux parties, une grande et extérieure, et une petite et intérieure. La structure de ces deux divisions n'était pas très différente; seulement le stroma dans la partie intérieure était plus mou; l'infiltration des cellules, au contraire, était moins épaisse qu'à l'extérieur.

Aucune nodosité à constater; la lame élastique, quoique paraissant

bien conservée à la place principale, occupait pourtant encore quelques petites brèches différentes, par lesquelles la tumeur était arrivée à la surface intérieure et là, ainsi que le montrent les bords de la préparation, elle s'était étendue en forme pilulaire, sous la pression du corps vitré, lui-même aplati. Par cette usure vasculaire, l'épithélium pigmentaire paraît enlevé et avoir été détruit de telle façon, qu'on en découvre à peine quelques traces, tenant encore à la rétine.

La rétine, sur la tumeur, est réduite à un treillis de fibres perpendiculaires et aboutissant immédiatement au corps vitré. Elle semble presque partout adossée à la tumeur.

Ce tissu, à d'autres places, se trouve en double rangée, ce qui explique que la coupe ait, ici, pu atteindre un pli de la membrane réticulaire; on ne distingue plus ni bâtonnets, ni cônes, ni noyaux, ni cellules ganglionnaires. Le tissu d'appui seul est resté, et la nouvelle formation ne s'est pas beaucoup avancée sur lui.

Peut-être tout simplement, parce que la rétine est restée séparée d'elle, par une partie du liquide de cette nouvelle formation.

Elle paraît être même restée dans un certain éloignement de la tumeur; du moins peut-on, çà et là, reconnaître ses couches. Néanmoins, l'examen plus précis n'est pas possible.

Il existe une seconde petite tumeur, dont la nature est en rapport avec la nouvelle formation et avec le fond sur lequel elle a pris naissance. Elle est peu éloignée de celle du haut, déjà décrite; sa forme est oblongue, son plus grand diamètre est de 5 millimètres, et elle est éloignée de 4 millimètres de l'entrée du nerf optique.

On reconnaît qu'elle appartient entièrement à la choroïde; celle-ci est dans le voisinage de la tumeur quelque peu décollée de la sclérotique, peut-être à cause du durcissement du bulbe.

L'épaisseur de la choroïde est partout anormale, principalement à cause de la séparation de ses couches externes.

L'épaississement de la tumeur arrive assez brusquement, et cesse brusquement aussi de l'autre côté.

Sa surface intérieure est, dans sa plus grande partie, recouverte de pigment épithélial; le manque partiel de ce pigment ne correspond peut-être pas à l'état naturel des choses, mais pourrait être le résultat de la préparation. Il peut en être de même, pour la rétine, bien que pourtant cela ait pu arriver à la suite d'un décollement morbide. A peu près dans le milieu, la tumeur est unie avec la sclérotique et, dans ce point, le tissu des granulations a déjà pénétré dans les couches intérieures de celle-ci.

Un exsudat particulier entre les deux membranes, et empêchant la communication, ne s'observe pas ici.

Il existe seulement dans cette tumeur un grand nombre de nodosités tuberculeuses environnées, à gauche, d'un très épais tissu de granulations.

Nous avons donc devant nous un tissu pathologique, qui d'un côté est analogue au tubercule congloméré, et qui, d'un autre, se rappro-

che en quelque sorte du cas que j'ai décrit précédemment dans la conjonctivité. C'est pour nous une preuve que la structure d'un produit de maladie, dans un seul et même organe, peut revêtir des formes complexes, alors que nous sommes habitués à les considérer comme extraordinairement simples, et nous ne devons pas chercher dans une différence du produit morbide du virus spécifique même la raison de ces variétés, mais seulement dans la manière dont a réagi le tissu affecté dans sa structure et dans ses propriétés physiologiques.

D'ailleurs, dans un cas, il se formera une prompte destruction, une dégénérescence caséuse, ou une coagulation nécrosique (selon Weigert); dans d'autres cas, les processus inflammatoires ou hyperplasiques se développeront dans le tissu infecté. En résumé, la tuberculose chronique de la choroïde est d'un enseignement utile.

TUBERCULES DE L'IRIS

Examen histologique de l'Obs. III, par le Dr E. BINET, chef du laboratoire.

A l'œil nu, les tubercules se présentaient sous la forme de petites tumeurs arrondies, de la grosseur d'une tête d'épingle environ, faisant saillie dans la chambre antérieure de l'œil, et obstruant complètement le champ pupillaire.

Après une macération de six semaines dans le liquide de Müller, l'œil a été sectionné suivant l'équateur et plongé dans une solution faible de gomme arabique pendant vingt-quatre heures, puis, pendant un temps égal, dans de l'alcool à 36° Cartier.

Des coupes ont été pratiquées successivement sur le segment antérieur et sur le segment postérieur de l'œil. Après une macération de quelques heures dans l'eau simple, elles ont été colorées au picrocarmin et montées dans la glycérine.

L'examen du segment postérieur n'a montré aucune altération appréciable. Les enveloppes paraissaient saines, et la choroïde, en particulier, ne présentait aucune trace de tissu de nouvelle formation.

Le segment antérieur, au contraire, faisait apercevoir l'iris en grande partie envahi par des masses de tissu embryonnaire, à cellules pressées les unes contre les autres, avec très peu de matière intercellulaire. Un examen attentif faisait voir, au milieu de la masse et en certains points seulement, une disposition concentrique des

éléments; les cellules étaient pressées davantage les unes contre les autres et formaient de petites nodosités entourées d'une zone plus foncée, et dont la teinte se confondait insensiblement avec les parties périphériques. Ces cellules, de 5 à 8 μ environ, présentaient un noyau volumineux entouré d'un protoplasma granuleux peu considérable.

Les vaisseaux se montraient, sous le champ du microscope, comme oblitérés par une matière finement granuleuse et en partie infiltrés de cellules de nouvelle formation; un certain nombre de leucocytes, d'un volume plus considérable, doublaient leur paroi: nous n'y avons pas rencontré de globules rouges du sang. Sur le pourtour des vaisseaux existait également une zone plus foncée et formée d'éléments accolés les uns aux autres. Enfin, sur certaines préparations, nous avons pu voir des sortes de lacunes, remplies d'une matière granuleuse et présentant, dans leur intérieur, quelques rares cellules également granuleuses. Ces espaces ne sont peut-être que les cellules géantes décrites par quelques auteurs.

Le groupement particulier des cellules, leur faible dimension, leur dégénérescence granuleuse et l'oblitération des vaisseaux confirment le diagnostic de granulations tuberculeuses qui avait été porté par M. le Dr Fieuzal.

L'examen stéthoscopique de la jeune malade n'a démontré l'existence d'aucune altération pulmonaire. Du reste l'enfant jouissait d'une bonne santé; elle était d'humeur gaie, et son aspect général était satisfaisant sans toutefois paraître bien robuste.

En résumé, il s'agit ici de tubercules confluent de l'iris, développés chez une jeune enfant ne présentant pas encore de symptômes de tuberculose pulmonaire. (*Voir la planche.*)

PARALYSIES OCULAIRES

Par le D^r Dubois, chef de clinique.

Dans cet article, nous n'avons pas l'intention de faire l'histoire de toutes les paralysies oculaires, mais seulement de rapporter quelques cas observés à la Clinique nationale des Quinze-Vingts, qui paraissent présenter quelque intérêt, soit au point de vue de leur manifestation, soit au point de vue de leur marche et de leur étiologie.

La première observation a trait à un petit garçon âgé de 10 ans, qui eut, à la suite de diphthérie, en même temps qu'une paralysie de l'accommodation des deux yeux, une paralysie du droit externe d'un seul œil.

Cette observation, que nous rapportons un peu plus loin, nous a paru surtout présenter de l'intérêt au point de vue de la rareté de sa manifestation.

Parcourons les auteurs qui se sont occupés de la question :

Maingault (De la paralysie diphthérique, recherches sur les causes, la nature et le traitement de cette affection, J.-B. Baillière, 1860) nous rapporte des cas d'amaurose passagère, et des cas de strabisme, parmi lesquels une observation de Barthez, où il y avait du *strabisme convergent*.

Magne (Des paralysies diphthéritiques, O. Doin, Paris, 1878) signale aussi des cas où on a observé du strabisme, de la diplopie, et nous rapporte une observation de M. le D^r Boucheron, de *strabisme convergent*, symptomatique d'une paralysie isolée du petit oblique.

Landouzy (Des paralysies dans les maladies aiguës, thèse d'agrégation, Paris, 1880) signale, après la diphthérie, la paralysie des muscles moteurs de l'œil, et nous rapporte une observation de Pératé, où chez un jeune garçon de 8 ans, on observa, en même temps que la paralysie du voile du palais, du strabisme convergent.

Boissarie, de Sarlat (Epidémie de paralysies diphthéritiques, Diphthérie sans angine, *Gaz. hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1881), signale les paralysies des muscles de l'œil qui déterminent du strabisme et la chute des paupières.

Enfin Wecker, dans son *Traité classique des maladies des yeux*, qui consacre tout un chapitre aux paralysies consécutives à la diphthérie, nous signale les paralysies de l'accommodation, et une observation de Fles où, en même temps que la paralysie de l'accommodation, il existait un ptosis incomplet avec strabisme divergent.

Ainsi, dans tous ces auteurs, on ne trouve que deux cas de strabisme convergent, mais je crois qu'on ne doit pas conclure à une paralysie du droit externe, puisque le strabisme convergent peut être symptomatique d'une paralysie du grand oblique, et même d'une paralysie isolée du petit oblique, comme dans le cas de M. le D^r Boucheron rapporté par Magne. Si ces deux cas de strabisme convergent peuvent être rattachés à des paralysies des droits externes, ils n'en constituent pas moins un fait rare, car on observe surtout à la suite de diphthérie des paralysies de l'accommodation, avec ptosis complet ou incomplet de la paupière, et strabisme divergent, c'est-à-dire que toutes les branches innervées par la troisième paire peuvent être prises ensemble ou consécutivement.

On a signalé, il est vrai, et expliqué par des anomalies d'innervation, des cas où en même temps que la paralysie de l'accommodation il y avait paralysie du droit externe, mais je ne crois pas que, dans l'observation qui nous occupe, on puisse y rattacher ce cas, puisqu'il existe en même temps que la paralysie de l'accommodation des deux yeux une paralysie du droit externe d'un seul œil. Je crois plutôt qu'il s'agit d'une manifestation rare de paralysie diffuse, comme il en survient ordinairement après la diphthérie.

Obs. I. — L'enfant M..., Louis, n° 12800, est amené à la clinique nationale des Quinze-Vingts le 20 octobre 1882 par son père très effrayé, qui s'aperçoit que depuis quatre jours ses pupilles grandissent, que l'enfant ne peut plus lire ni écrire à l'école et qu'il est incapable de se conduire, car tous les objets lui paraissent doubles. Le père nous apprend en outre que l'enfant a été atteint il y a deux mois d'une angine couenneuse qui a parfaitement guéri.

A un examen plus attentif, on constate du strabisme convergent de l'œil gauche, une mydriase moyenne des pupilles. La vision à distance est égale pour les deux yeux à H 1,25 = 1. La vision de près est totalement abolie et ce n'est qu'avec un verre correcteur très

fort que le petit malade peut lire. Encore ne peut-il voir qu'au foyer du verre. C'est bien là une paralysie de l'accommodation.

Si maintenant on l'examine avec des verres colorés et si on place un verre rouge sur son œil droit, on trouve : 1° que la diplopie est homonyme ; 2° que les deux images sont absolument sur le même plan et à égale hauteur. Si on fait mouvoir la bougie vers la droite et vers la gauche à partir de la ligne médiane, la distance diminue quand on porte la bougie à droite et augmente au contraire à gauche, c'est-à-dire dans le sens du muscle paralysé. Donc, c'est bien une paralysie du droit externe gauche.

Le malade est soumis à un traitement tonique, sirop d'iodure de fer et vin de quinquina et au bout de quelques jours, le 2 novembre 1882, tous les accidents ont disparu et la diplopie a cessé. Le petit malade peut lire et écrire et l'examen par les verres colorés ne donne aucun résultat.

Obs. II. — Enfant E. D..., n° 18275, 2 ans 1/2, est amenée par sa mère, le 23 août 1883 à la clinique, qui s'aperçoit que depuis dix jours l'enfant louche de temps en temps. Elle a eu une angine diphthéritique à la fin de juin 1883, et quinze jours après elle a eu du nasonnement qu'elle conserve encore. L'indocilité de la petite malade et son extrême jeunesse ne nous permettent pas de déterminer s'il y a une paralysie de l'accommodation. Les pupilles semblent bien réagir cependant, mais les mouvements de l'œil droit dans l'axe horizontal paraissent tout à fait limités du côté de l'angle externe. Bien qu'il manque à cette observation la sanction de l'examen par les verres colorés, je crois que nous sommes en présence d'une paralysie du droit externe de l'œil droit après diphthérie. Notre intention, du reste, est de suivre cette petite malade et de rapporter son observation complète ultérieurement.

En faisant des recherches sur cette observation, nous avons trouvé, dans *The Lancet* (du mois de mars 1883, p. 457), le compte rendu de la Société ophtalmologique du Royaume-Uni, où M. Arthur Benson, de Dublin, a observé un cas de paralysie diphthéritique où les *deux droits externes* ont été pris. Nous rapportons la traduction du compte rendu de cette observation et de la discussion intéressante à laquelle elle a donné lieu de la part de son auteur, sur sa marche et sur son étiologie.

M. Arthur Benson (de Dublin) lit une observation sur la paralysie des muscles de l'œil après la diphthérie, et donne quelques détails sur un cas qu'il a récemment soigné. La malade était une petite fille âgée de 11 ans. L'affection primitive de la gorge fut guérie en quatre se-

maines. Les muscles ciliaires furent pris dans la sixième semaine et restèrent dans le même état pendant sept semaines environ. Le voile du palais fut pris dans la sixième semaine et resta ainsi pendant deux semaines. Les élévateurs des paupières furent pris dans la neuvième semaine et furent malades pendant une semaine. Les muscles *droits externes* furent pris deux jours après les élévateurs des paupières et restèrent ainsi environ trois semaines. Le strabisme convergent et la diplopie apparurent pendant la dixième semaine et durèrent environ quatre jours. La faiblesse des extrémités commença dans la dixième semaine et dura environ trois semaines. L'engourdissement et le refroidissement des pieds commença vers la dixième semaine et dura le même temps que la faiblesse des extrémités, c'est-à-dire trois semaines. L'auteur regarde la paralysie du muscle ciliaire, sans altération de l'iris, comme la plus fréquente complication des muscles intrinsèques de l'œil. Le siège de la lésion est, croit-il, dans le cerveau et dans la colonne vertébrale et il combat la théorie sympathique du Dr Hughlings Jackson, qui veut que l'altération du ganglion lenticulaire soit accompagnée de quelque changement dans l'action de la pupille. La portion du système nerveux lésé qui cause la paralysie isolée et bilatérale de l'accommodation est, pense-t-il, le centre de l'accommodation de Hensen et Voellher, c'est-à-dire la partie postérieure du plancher du troisième ventricule.

La surdité sur laquelle M. Jackson s'appuie comme confirmation de sa théorie du ganglion optique est plutôt, pense M. Benson, le résultat de la paralysie du voile du palais qui l'accompagnait que d'une lésion de nerf occupant le muscle tenseur du tympan. La parésie des deux élévateurs des paupières et des deux droits externes aussi bien que l'apparition fréquente de paralysie dans différentes parties du corps et la perversion des sensations rejettent toute hypothèse sympathique. Le Dr Feiner a trouvé que, à la base de la première circonvolution frontale et s'étendant un peu sur la seconde circonvolution, il y avait chez le singe une zone d'excitations pour les élévateurs des paupières. La maladie de ce centre s'accompagne de ptosis bilatéral. Quant à la nature de la lésion, elle est peu connue. Les examens post mortem ont montré, dans certains cas, de nombreuses hémorragies dans les centres nerveux et dans d'autres cas du gonflement des grandes cellules motrices de la corne antérieure de la moelle. De tels changements qui peuvent arriver quelquefois dans des cas graves ne semblent pas être la cause de la paralysie si fugitive et si inoffensive comme l'est généralement la paralysie diphthéritique. L'auteur pense que les hémorragies petites ou grandes, nombreuses ou peu nombreuses, en sont probablement la cause, car on a trouvé des hémorragies dans un certain nombre de cas de paralysie diphthéritique. Les hémorragies peuvent être d'une certaine grandeur et la gravité des symptômes est en raison de l'étendue et du siège de l'extravasation. Les petites hémorragies peuvent être résorbées avec grande rapidité et n'ont jamais aucun mauvais résultat; les grandes paraly-

sies peuvent, au contraire, s'accompagner d'hémiplégie et d'autres formes graves de paralysie.

Il nous a été donné d'observer à la clinique nationale, un certain nombre d'autres petits malades atteints de paralysie de l'accommodation après diphthérie, mais qui n'ont présenté aucun intérêt particulier. — Tous ces malades, soumis au régime tonique : sirop d'iodure de fer et vin de quinquina, ont guéri après un temps plus ou moins long. Un seul cependant mérite d'être signalé à cause de son étiologie.

Obs. III. — L'enfant Pell..., Alphonse, n° 17866, un peu choréique, d'un caractère peu facile, a été soigné, il y a six semaines environ, pour une affection de poitrine. Le médecin lui a fait poser dans le dos un certain nombre de vésicatoires qui se sont ulcérés et ont été recouverts de peaux très épaisses, au dire de la mère et très difficiles à guérir. Depuis huit jours, il ne peut fixer son ouvrage sans violents maux de tête. Les pupilles ne sont pas dilatées ; on trouve $Hm + 1,50 = 1$. Mais il lui est impossible de fixer un objet et de voir de près. Il ne peut lire une seule ligne des échelles avec un verre correcteur de son hypermétropie et de sa presbyopie prématurée. ne peut voir qu'au foyer du verre. Paralysie de l'accommodation après diphthérie du vésicatoire.

Les deux observations de paralysies oculaires avec ophtalmoplégie qui suivent nous ont paru intéressantes au point de vue de leur étiologie, des manifestations, et de la marche de la maladie.

Dans la première surtout, l'examen post-mortem a pu être fait et n'a donné aucun résultat qui pût éclairer sur le siège de la lésion.

Obs. I. — M. S..., âgé de 30 ans, cocher, se présente le 6 juillet 1883 à la clinique ophtalmologique des Quinze-Vingts, l'œil fixe, immobile, regardant en avant, les yeux « paraissant sortir de la tête. » A un examen plus attentif, « le malade a une acuité visuelle égale à $\frac{2}{3}$ de l'œil droit et égale à $\frac{1}{2}$ de l'œil gauche ; il lui est impossible de voir de près et on constate, en effet, une paralysie complète de l'accommodation avec mydriase dans les deux yeux. Les mouvements des globes sont absolument impossibles dans tous les sens et on con-

state une ophtalmoplégie des deux yeux. Le malade est intelligent, répond bien à toutes les questions et voici ce qu'il nous raconte :

« Il y a six ans environ, le malade travaillait aux champs, quand il ressentit de violents maux de tête qui durèrent quatre ou cinq jours sans discontinuer. A ce moment, il voyait double et il s'aperçut en même temps que sa paupière gauche avait de la peine à se relever. Son patron l'envoie alors à Paris chez M. Sichel, qui lui applique successivement sept vésicatoires sur les tempes, des deux côtés, à la suite de l'application desquels il y eut une légère amélioration, puis disparition complète des accidents. Le malade retourna à ses travaux. Depuis ce temps, les mêmes accidents reviennent à chaque printemps, puis sont suivis d'une amélioration spontanée après un mois de troubles oculaires. »

Il y a cinq ans, le malade était entré en qualité de cocher à la compagnie des omnibus, puis aux pompes funèbres, et il put malgré ces accidents faire son service à peu près complètement, quand il y a six semaines, il eut une rechute et une aggravation des accidents. Le malade se décida à aller trouver M. de Wecker. Il fut soigné pendant quelque temps par ce praticien, puis se présenta à la clinique des Quinze-Vingts, où on constate : ptosis des deux paupières supérieures, avec dilatation des deux pupilles, qui réagissent cependant un peu. Impossibilité absolue de regarder soit en haut, soit en bas, soit en dehors, soit en dedans. Le regard est invariablement fixé en avant. Le malade accuse un peu de diplopie. La sensibilité est conservée partout. L'examen ophtalmoscopique est absolument négatif. Pas d'antécédents syphilitiques manifestes. A 14 ans, il a eu des attaques de rhumatisme articulaire aigu. Depuis, très fréquemment, il a des douleurs rhumatismales dans les jointures, des craquements dans les genoux. Les doigts sont déformés, et il présente une subluxation de l'articulation phalango-phalangienne de l'index gauche.

On lui donne une solution iodurée à doses progressives.

Quelques jours après, le malade est pris de paralysie du pharynx avec anesthésie complète.

Les aliments et les boissons refluent par le nez. Difficulté très grande d'avaler.

C'est alors que le malade entre dans le service de M. Duguet à Lariboisière. (Toute cette partie de l'observation nous est communiquée par M. Colombe, externe du service.)

Dans le service de M. Duguet, ce malade est électrisé pendant quelques jours. Son état paraît s'améliorer, il avale plus facilement, quand soudain se déclare une parésie du bras droit; les muscles de la respiration se prennent à leur tour, et bientôt le malade ne peut plus respirer que la tête en bas. On pratique la respiration artificielle pendant deux jours à intervalles rapprochés, mais enfin le malade succombe avec tous les symptômes de l'asphyxie.

L'autopsie rigoureusement faite ne laisse voir qu'une congestion

légère des enveloppes méningées sans lésion des centres nerveux : cerveau, bulbe et moelle épinière.

Obs. II. — Le nommé F. F..., âgé de 34 ans, n° 12,889, vient à la consultation à la clinique nationale des Quinze-Vingts, le 25 octobre 1882, et nous raconte qu'en 1870, il faisait, au siège de Strasbourg, l'office de brancardier, quand un obus qui éclata à quelques pas de lui le laissa pétrifié sur la place. C'est à cette date qu'il rapporte les premiers troubles de la vue. Peu de temps après, amélioration complète.

En 1878, à la suite de grands travaux de tête, le malade est pris de strabisme convergent des deux yeux. Il est réformé sur ces entrefaites et est renvoyé dans sa famille où il se repose deux ans, sans amélioration. A Lyon, son lieu de naissance, il est soigné par M. Gayet, qui l'électrise et lui applique des vésicatoires à la nuque. Les douleurs, qui étaient très vives, paraissent céder au traitement, mais la vue reste trouble, quoique le strabisme ait disparu.

Pas de syphilis, pas de rhumatisme, pas d'alcoolisme, ni de nicotisme. Aucun antécédent diathésique, en un mot.

Puis la diplopie des premiers jours reparaît : c'est alors que le malade vient à Paris, et est examiné à la clinique nationale le 25 octobre 1882, où on constate :

O. D. + 0,75 = 1 diff. et paralysie de la 6^e paire. Les mouvements sont absolument impossibles dans la région externe.

O. G. + 2 = $\frac{1}{2}$. Ophtalmoplégie complète. Après avoir soulevé la paupière qui est en ptosis complet, on constate que les mouvements de l'œil sont impossibles dans aucun sens. Mydriase moyenne de l'iris, mais impossibilité de lire de près de cet œil. Le malade ne peut se tenir sur une jambe, les réflexes rotuliens sont plutôt exagérés et la sensibilité de tout le côté gauche paraît émoussée. Le malade est soumis pendant un certain temps à l'iodure de potassium, puis ne reparaît plus à la clinique, lorsque, le 26 juin 1883, le malade revient et on constate :

Ophtalmoplégie double. Les mouvements sont impossibles dans quelque sens que ce soit. Il existe du ptosis des deux paupières, plus marqué à gauche, et de la dilatation des deux pupilles, et un peu de diplopie. Le malade accuse des douleurs sourdes dans la tête, du côté gauche surtout et dans le fond de l'orbite. La mémoire des faits présents paraît affaiblie et le langage plus difficile. La sensibilité est diminuée sur le côté gauche de la tête et de la face, mais elle est conservée sur le reste du corps. La vision est restée à peu près la même qu'au mois d'octobre 1882.

O. D. + 0,75 = $\frac{1}{2}$ et O. G. + 2 = $\frac{1}{2}$.

Depuis, nous n'avons plus revu le malade.

PARALYSIE DE L'ACCOMMODATION AVEC AMBLYOPIE DE CAUSE HYSTÉRIQUE.

Mlle A..., 17 ans, domestique, se présente à la Clinique le 15 septembre 1882.

Vue à peu près normale avant le 12 septembre. La malade ayant eu mal aux yeux dans son enfance, avait conservé une acuité plus mauvaise de l'œil droit que de l'œil gauche. Le 12 septembre, la malade a ressenti subitement une sensation de brouillard sans éprouver de douleurs, et au moment où cette sensation a été ressentie, la malade a constaté de la diplopie. Cette diplopie persiste encore actuellement. Convulsions cloniques de l'œil au début de la maladie. Comme antécédents, menstruation irrégulière et peu abondante. Céphalées très violentes depuis le 12 septembre. Depuis, douleurs intra-oculaires, sensation d'arc-en-ciel, de lumières irisées. Secousses dans les membres. Actuellement la sensibilité de la cornée est conservée. Hémianesthésie. Anesthésie pharyngienne. Tendance au sommeil. Réflexes normaux. Clignotement très prononcé des paupières. Mydriase double complète. Champ visuel très restreint dans tous les sens. Pas de signes ophtalmoscopiques, si ce n'est un peu d'hypérémie rétinienne. Constipation habituelle. Pas de signes de phthisie. Aucun traitement n'a été institué.

Le 16. Continuation du clignotement et des secousses musculaires. Mydriase aussi prononcée que la veille. Injection de la face. Pouls régulier. Insomnie complète et tendance au sommeil. Vésicatoire à la nuque, révulsion sur la colonne vertébrale à l'aide de pointe de feu.

Le 20. Le champ visuel est devenu plus vaste, la dilatation pupillaire a notablement diminué. Le clignotement et les soubresauts nerveux persistent encore.

Le 21. Deuxième application de pointes de feu. Amélioration. Les pupilles sont moins dilatées, le clignotement a disparu, la photophobie est moins intense. La malade n'a plus de soubresauts, mais prétend ne pas pouvoir rester en place.

Le 22. Troisième application de pointes de feu, bromure de potassium. Les pupilles ne présentent plus de dilatation. Les mouvements nerveux persistent encore, mais moins prononcés. Les céphalalgies persistent.

Le 24. La mydriase a cessé, le champ visuel est redevenu normal.

IRITIS RÉCIDIVANTE ET IRITIS A RECHUTES,

Par le D^r FIEUZAL.

Ces deux termes, bien que paraissant synonymes et pris l'un pour l'autre par un grand nombre de praticiens, sont loin cependant de signifier la même forme clinique de maladie : tous les observateurs attentifs savent, à n'en pas douter, qu'ils répondent à deux affections très différentes ; toutefois, nous sommes obligé de convenir qu'on serait fort embarrassé de donner des caractères capables de faire distinguer une iritis idiopathique, d'une iritis récidivante, du moins n'en connaissons-nous pas de certains, et sommes-nous réduits, comme tous les oculistes, à dire que l'iritis récidivante diffère de l'iritis idiopathique par la tendance qu'elle a à récidiver.

L'iritis récidivante affecte soit un seul, soit les deux yeux, simultanément ou tour à tour, à des intervalles très variables, plusieurs semaines, plusieurs mois, une année, quelquefois plus ; elle est sous la dépendance d'une dyscrasie, rhumatismale, gouteuse, syphilitique, scrofuleuse, etc., et peut guérir avec des soins appropriés sans donner lieu à des synéchies : au contraire, lorsqu'elle ne guérit pas sans laisser après elle des synéchies, la rechute est constamment imminente et l'iritis prend des caractères qui l'ont depuis longtemps fait désigner sous le nom d'iritis à rechutes.

L'iritis idiopathique lorsqu'elle est bien soignée guérit sans donner lieu à des récidives et ne se confond avec la précédente que dans les cas où les synéchies se sont produites ; en un mot, l'iritis idiopathique ne devient récidivante que lorsqu'on n'a pas évité les synéchies, tandis que l'iritis dyscrasique est récidivante de sa nature même sans synéchies.

Mais si les oculistes sont d'accord pour proclamer l'insuffisance des caractères distinctifs de ces deux formes si essentiellement différentes, il n'en est plus de même, lorsqu'il s'agit de fournir l'explication de ces récidives. Là-dessus il y a deux camps parfaitement tranchés et dans chacun desquels se trouvent des hommes également recommandables. D'un côté, nous trouvons Desmarres qui, le

premier, proposa la cure de l'iritis par l'iridectomie, et de Graefe qui émit l'idée que, dans l'immense majorité des cas, les restes d'iritis précédente étaient la cause directe de la récédive ; de l'autre, nous trouvons ceux qui ne font jouer aux adhérences qu'un rôle insignifiant, si même ils ne le contestent. Parmi eux nous devons citer Schweiger, Arlt, Wecker, Netelschipp, Schnabel, etc.

Quant à nous, notre opinion est bien nette et nous la formulons de la manière suivante : *toutes les iritis* avec synéchies, rebelles à l'atropine, qu'elles soient d'origine dyscrasique ou idiopathique, deviennent des iritis à rechutes et réclament impérieusement l'iridectomie.

Cette opération, en levant les adhérences, s'oppose à la distension du tractus uvéal, et restitue les fonctions circulatoires interrompues par les synéchies.

On ne saurait cependant méconnaître que quelques iritis avec synéchies, même très larges, avec occlusion papillaire et déformation de l'iris en infundibulum, ne sont pas le siège de poussées nouvelles d'iritis et laissent les porteurs de cette infirmité parfaitement tranquilles pendant de longues années, ainsi que nous en avons observé souvent parmi les pensionnaires des Quinze-Vingts. Ce n'est pas une raison, selon-nous, pour s'abstenir de la seule opération indiquée dans ces cas, et le travail suivant de M. Saint-Martin nous semble de nature à le démontrer.

DE L'IRIDECTOMIE DANS LES IRITIS A RECHUTE,

PAR M. SAINT-MARTIN, interne du service,

Dans ses leçons sur la chirurgie oculaire, M. de Wecker, parlant des indications et des contre-indications de la pupille antiphlogistique, s'exprime ainsi :

« Combien n'avons-nous pas dû rabattre de nos anciennes idées sur l'action directement antiphlogistique de la pupille, sur ces théories tout d'abord séduisantes, d'après lesquelles les synéchies, causes de rechute, se trouvaient détruites ainsi que leurs effets par l'iridectomie ?

« En outre, combien de fois cette sécurité tant vantée de la pupille artificielle pratiquée dans les cas d'iritis à rechute, pour couper court à toute menace d'inflammation, ainsi qu'on le croyait, ne s'est-elle pas montrée vaine ? C'est au point que des cas où des rechutes ne sont pas venues infliger un démenti à l'opérateur doivent être considérés comme des exceptions. »

D'après, et avec notre maître, M. le Docteur Fieuzal, nous serions tenté de prendre le contre-pied de cette manière de voir et de considérer, dans l'immense majorité des cas, l'iridectomie comme l'ultima ratio du traitement des iritis à rechute. Nous la lui avons vu pratiquer si largement, et avec de si bons résultats, que nous croyons utile de mettre sous les yeux des lecteurs du *Bulletin de la clinique nationale ophtalmologique* les résultats obtenus depuis plusieurs années. Mieux que des théories, que chacun peut présenter à sa manière et que chacun peut combattre, les faits ne peuvent pas être niés ; il faut s'incliner devant eux.

Nous ne voulons pas prétendre que toujours, sans exception, la succession des phénomènes inflammatoires est arrêtée par le fait de l'iridectomie, mais nous croyons que dans la très grande majorité des cas, et nos observations le prouvent, que l'iridectomie met un terme aux iritis si dangereuses pour l'organe de la vision par leurs rechutes.

Que d'irido-choroïdites glaucomateuses nécessitant plus tard une énucléation, que d'occlusions pupillaires avec opa-

cités irréparables de la capsule antérieure et troubles du corps vitré, sont en effet dues à ces iritis se répétant à différents intervalles, empêchant le malade de se livrer pendant plusieurs années à un travail suivi et venant l'atteindre parfois avec des douleurs violentes au milieu des occupations les plus pressantes ! — Si donc une opération aussi bénigne en pareil cas que l'iridectomie peut lui donner le repos et lui conserver la vue, n'est-ce pas une chose excellente que de la pratiquer sans retard ?

De plus, dans beaucoup de cas, les malades bénéficient par l'iridectomie d'une notable amélioration de l'acuité visuelle. Nous ne connaissons pas de traitement interne ou local qui soit assez énergique pour amener, même à la longue, la résorption des exsudats si fréquents à la suite des iritis à rechute, sur la capsule antérieure, et l'amélioration de l'acuité visuelle. Au contraire, la pupille artificielle mettra à nu une partie limpide de la capsule cristallinienne, et dans l'espace de huit, dix, douze jours au plus, une bonne acuité sera la conséquence de l'iridectomie.

OBSERVATIONS.

Obs. I. — *Iritis à rechutes*. — M. C..., 34 ans, employé, n° 961. Pas de maladies jusqu'à l'âge de 20 ans.

A cette époque, chancre mou, adénite suppurée. Le malade n'a jamais eu mal à la gorge ni de taches sur le corps. Il a été soigné à cette époque avec des pilules de protochlorure d'hydrargyre.

Subitement, le 15 janvier 1878, l'œil gauche s'est injecté. Le malade consulta un médecin, qui ordonna un collyre au sulfate de zinc. Ce traitement, suivi pendant trois jours, donna lieu à de la photophobie et à de l'épiphora. En même temps, des douleurs sus-orbitaires s'étant déclarées, ce malade consulta M. Fieuzal, qui prescrivit de l'atropine à la dose de 3 gouttes par jour, et des compresses chaudes de camomille. La dilatation pupillaire n'ayant été obtenue que partiellement, on fit rapidement instiller jusqu'à 48 gouttes par jour d'atropine pendant 18 jours consécutivement. De plus, on ordonna au malade des pilules de bichlorure d'hydrargyre et des frictions d'onguent napolitain belladonné. Ce traitement énergique amena rapidement une détente dans les phénomènes inflammatoires ; ses douleurs cessèrent, l'injection périkeratique devint moins intense pour cesser complètement, l'iris moins terne, l'acuité visuelle revint peu à peu normale. Alors seulement le traitement local, de moins en moins énergique, fut tout à fait abandonné. Le malade prit seule-

ment du sirop de Gibert, puis de l'iodure de potassium, (deux cuillérées par jour d'une solution à 10 gr. pour 200). Après ce traitement, qui dura 50 jours environ, l'œil ne présentait aucune trace de maladie, et l'acuité visuelle était redevenue normale.

En octobre 1878, l'œil droit a été atteint à son tour. Les mêmes phénomènes inflammatoires sont survenus, mais moins violents qu'à son œil gauche. Le traitement suivi a été le même que celui décrit plus haut. Comme pour le premier cas, sous l'influence du traitement, les symptômes ont peu à peu disparu, et l'acuité redevint normale.

Le 8 août 1879, première rechute de l'œil gauche, mêmes symptômes inflammatoires, mais moins violents, sans douleurs péri-orbitaires. Pendant les huit premiers jours, 6 gouttes d'atropine furent instillées dans l'œil gauche, puis la dose fut progressivement diminuée. Le 30 août, amélioration notable. Guérison le 15 septembre. L'acuité visuelle est restée encore normale.

Au mois d'avril 1880, première rechute de l'œil droit. Mêmes phénomènes; douleurs moins intenses que pendant la première attaque. Photophobie. Léger épiphora. Même traitement local. Pas de traitement interne. Guérison au bout de quarante jours.

Au commencement de l'hiver 1880, deuxième rechute de l'œil gauche. Même traitement.

Au mois de mars 1881, deuxième rechute de l'œil droit. Ces deux périodes ont pris fin au bout de dix jours, après un léger traitement.

Le 1^{er} août 1881, troisième rechute de l'œil gauche. Traitement local pendant trente jours. Aucun traitement interne. L'iritis, pendant cette période, s'est compliquée de kératite (abcès des deux cornées).

Au mois d'avril 1882, troisième rechute de l'œil droit. Photophobie très intense. Traitement général : salicylate de soude, 20 grammes, quatre bains de vapeur. Guérison au bout d'un mois.

En novembre 1882, nouvelle et quatrième rechute de l'œil gauche. Traitement à l'atropine et aux compresses chaudes de camomille. Iodure de potassium (10 pour 200), pilules de sulfate de quinine. Le 14 décembre, guérison.

L'acuité visuelle a été relativement affaiblie après ces nombreuses rechutes, et se trouve réduite à $1/2$ sans amélioration.

Nous citons cette observation d'iritis récidivante pour montrer la tenacité d'une maladie qui, lorsqu'elle est traitée par l'iridectomie, après la deuxième ou la troisième récidive, peut rester de longues années sans donner lieu à de nouvelles rechutes, et met ainsi le malade à l'abri de ces poussées qui non seulement donnent lieu à de vives douleurs, le forçant à

suspendre son travail, mais sont de nature à compromettre la fonction de l'organe qui en est le siège.

Les observations suivantes, que nous devons à l'obligeance de M. le docteur Fieuzal, et qui remontent à plusieurs années, démontrent notre assertion d'une manière péremptoire. Celles que nous avons recueillies nous-même dans le service, bien que ne remontant pas à une époque si éloignée, sont cependant de nature à corroborer la manière de voir que nous soumettons aux lecteurs de ce bulletin.

Obs. II. — M. M..., 35 ans, se présente à la consultation en 1874. Il est atteint d'irido-choroïdite, de l'œil droit, avec occlusion pupillaire, et poussées fréquentes et très douloureuses. L'œil gauche est atteint lui-même d'iritis ancienne, avec synéchies postérieures multiples. Les rechutes s'observent surtout sur l'œil droit, qui n'a aucune acuité visuelle, et qui est très douloureux à la pression et spontanément.

Début de la maladie sur l'œil droit en 1865. Il a été soigné à cette époque par des instillations de collyre au nitrate d'argent, et plus tard par le Dr Testelin, qui le soumit au traitement rationnel : mercure jusqu'à salivation et atropine. Dès 1867, le Dr Testelin proposa l'iridectomie, qui ne fut pas acceptée.

Depuis cette époque, c'est-à-dire pendant neuf ans, il eut des rechutes graves deux fois par an, au printemps et en automne, qui le retenaient éloigné de ses travaux pendant deux mois à chaque récurrence.

Il n'a pas d'antécédents syphilitiques; il est rhumatisant.

M. le Dr Fieuzal lui propose une opération sur les deux yeux à la première consultation, mais le malade n'accepte l'opération que sur l'œil droit. L'iridectomie est pratiquée sur cet œil par une incision très périphérique, et un large lambeau d'iris est enlevé.

Les suites de l'opération furent des plus simples, et le malade put reprendre ses travaux au bout de quinze jours. Quant à l'acuité visuelle, elle s'est recupérée peu à peu, et les rechutes ne se sont pas remontrées une seule fois depuis neuf ans. En juillet 1883, nous trouvons pour cet œil $V = \frac{20}{50}$.

L'œil gauche fut pris en 1875, et soigné par des ventouses, l'iodure de potassium, les sudations et l'atropine; nouvelle rechute en 1876 à deux reprises, et en 1877, une nouvelle poussée d'une violence telle que M. M... vient de lui-même prier M. Fieuzal de lui faire l'opération sur ce même œil.

L'iridectomie fut pratiquée en pleine poussée d'iritis: néanmoins les suites en furent des plus simples; le malade put reprendre ses travaux au bout de six semaines.

Depuis ce temps, c'est-à-dire depuis plus de six ans, M. M... n'a plus eu aucune rechute, et ne trouve pas d'expressions pour témoigner sa reconnaissance. L'œil gauche a une $V = \frac{20}{20}$, et le travail le plus assidu n'a pas amené de nouvelle récurrence. Il lit le n° 1 de Snellen, et quant à l'œil droit, il peut lire facilement le n° 5.

Les observations de ce genre sont très nombreuses ; aussi M. Fieuzal ne manque-t-il pas une occasion de rappeler combien l'intervention chirurgicale est utile dans ces cas et combien il importe de se prononcer catégoriquement vis-à-vis des malades atteints d'une semblable affection.

La sclérotomie, les paracentèses répétées ne sont pour lui que d'une valeur contestable ; aussi doit-on toujours leur préférer l'iridectomie.

Obs. III. — M. L..., de Brive, même maladie, même traitement. Opéré depuis 1878, plus de récurrence depuis cinq ans.

Obs. IV. — M. B..., même iritis récidivante ; se présentait à la Clinique tous les deux mois pour une poussée nouvelle d'iritis. Opéré en 1877. Plus de récurrences.

Obs. V. — Mme B..., opérée en 1877, plus de récurrences.

Obs. VI. — M. L..., opéré en 1873 sur l'œil droit, et en 1876 sur l'œil gauche, et tant d'autres très anciennement inscrits et revus depuis, tous les ans, pour faire constater le résultat, n'ont dû qu'à l'iridectomie de voir cesser les poussées régulières qui, outre les douleurs intolérables qu'elles occasionnaient, leur faisaient perdre peu à peu toute acuité visuelle.

A côté de ces cas sans aucune récurrence, les uns depuis dix ans, les autres depuis neuf, huit, six et cinq ans, le nombre de ceux chez lesquels l'iridectomie n'a pas arrêté la récurrence est excessivement rare, et on peut dire négligeable.

Obs. VII. — M^{me} D..., 36 ans, n° 1102, O. D. Iritis ancienne, à rechute. Première attaque dans le courant de l'année 1879 ; malade depuis, à différentes reprises.

D. V. = Compte les doigts à 1 mètre.

Iridectomie le 16 mars 1881. Exeat le 21 mars, sans complications. 1^{er} avril, O. D. V = Compte les doigts à 3 mètres. Revenue depuis à différentes reprises à la Clinique. L'acuité visuelle ne s'est pas améliorée. Troubles du corps vitré.

Obs. VIII. — M. H... (Pierre), n° 2208. Iritis ancienne, double, à rechute, avec synéchies postérieures multiples. Pas de diathèses. Début de la maladie il y a six mois environ. Guérison et rechutes à différentes reprises pendant cet intervalle.

O. D. }
O. G. } $V = C.$ les doigts à 2 mètres.

Iridectomie double le 2 avril 1881.

Suites normales de l'opération.

10 janvier 1882. Pas de rechutes.

O. D. }
O. G. } $V = 1/10 + 2 D = 1/6.$

Obs. IX. — M. M..., 56 ans, n° 7319. O. G. Iritis ancienne à rechute. Début de la maladie dans le courant de l'année 1880. Deux rechutes avec diminution de l'acuité visuelle, consécutive.

12 juin 1882. O. G. $V = 1/4$. Iridectomie.

26 juin 1883. Pas de récurrence. Même acuité visuelle.

Obs. X. — M^{me} F..., 55 ans, n° 8497. O. D. } Iritis ancienne, avec
O. G. }

synéchies irido-capsulaires, multiples, se présente à la clinique le 28 mars 1882.

Malade depuis deux ans à différentes reprises : O. D. }
O. G. } $V = 1/2.$

Iridectomie double le 21 août 1882.

25 juillet 1883. Pas de récurrence. Même acuité visuelle.

Obs. XI. — M^{me} L..., 54 ans, n° 9905. O. G. Iritis rhumatismale récidivante. Début de la maladie au mois de décembre 1882, après une attaque de rhumatisme.

27 mai 1882. Troisième rechute. Iridectomie le 3 juillet 1882.

6 mars 1883. Pas de rechute.

Obs. XII. — M. C..., 21 ans, n° 11451. O. G. Iritis ancienne, avec synéchies postérieures multiples. Tension normale. O. D. Irido-choroïdite consécutive à des iritis à rechute. Tension — 2.

Début de la maladie dans le courant de l'année 1878. Plusieurs rechutes sans que le malade puisse en préciser le nombre.

Iridectomie double le 21 août 1882.

Très bon résultat pour l'œil gauche. Aucun résultat pour l'œil droit, qui a dû être énucléé quelques jours après l'iridectomie.

Lettre reçue le 10 avril 1883 : « Je n'ai pas souffert de l'œil gauche, et ma vue s'est notablement améliorée. »

Obs. XIII. — M. D... (Jules), 60 ans, n° 10531. O. D. } Iritis ancienne
G. O. }

avec synéchies postérieures multiples.

O. D. $V = C.$ les doigts à 2 mètres.

O. G. $V = 1/6.$

Atteint depuis dix ans, à différentes reprises, tantôt de l'œil droit, tantôt de l'œil gauche. Après chaque rechute, l'acuité visuelle diminuait et, depuis six mois environ, le travail est devenu impossible.

Iridectomie double le 31 juillet 1882. Le malade quitte la Clinique douze jours après l'opération.

Lettre reçue le 29 septembre : « Depuis ma sortie de la Clinique, mon état a continué de s'améliorer. Voici près d'un mois que mes yeux n'ont plus de rougeur, la lumière me fatigue beaucoup moins. »

Nouvelle lettre reçue le 1^{er} mars 1883 : le malade avait repris ses fonctions de chef de bureau.

Obs. XIV. — M. M..., n° 14363. O. G. Iritis spécifique. $V = 1/10$.

Syphilis au mois de septembre 1882.

Trois semaines après, iritis avec condylomes. Guérison le 20 novembre. Rechute le 27 janvier 1883. Iridectomie le 28 février.

13 juillet 1883. Pas de rechute.

O. G. $V = 1/6$.

Obs. XV. — M. B..., 49 ans, O. D. Iritis à rechute. Début de la maladie au mois de juillet 1882. Actuellement, troisième rechute.

O. D. $V = 2/3$.

Iridectomie le 28 décembre 1882.

1^{er} juillet 1883. Pas de rechute. Même acuité visuelle.

Obs. XVI. — M. G..., 50 ans, n° 12549. O. D. Iritis rhumatismale à rechute. Malade pour la première fois dans le courant de l'année 1880. Douleurs rhumatismales à différents intervalles.

Deux rechutes depuis cette époque.

O. D. $V = C. D.$ à 1 mètre.

Iridectomie le 11 octobre 1882.

13 avril 1883. Pas de récurrence.

O. D. $+ 1 D = 1/2$.

20 juin 1883. Pas de récurrence.

NOTE SUR QUATRE CAS DE CATARACTE MOLLE

TRAITÉS PAR LA MÉTHODE DE L'ASPIRATION.

Par M. SAINT-MARTIN, interne du service.

Depuis la publication de la thèse du docteur Ausset, sur le traitement de la cataracte molle par la méthode de l'aspiration, mise en pratique à la clinique des Quinze-Vingts, par le docteur Fieuzal, quatre nouveaux malades ont été opérés par l'aspiration, avec un plein succès. Nous en publions ici les observations qui, ajoutées à celles déjà prises par le docteur Ausset, contribueront à démontrer les excellents résultats qu'on peut obtenir par ce mode opératoire.

Il est inutile que nous décrivions ici l'opération en elle-même, les instruments nécessaires pour la pratiquer, ainsi que les formes de cataracte qui doivent être opérées par cette méthode. Nos lecteurs n'ont qu'à se reporter au travail ci-dessus mentionné, inspiré à la clinique (Ausset, thèse de Paris, 1882); ils y trouveront toutes les indications voulues. Nous insisterons cependant en terminant sur les soins immédiats à donner à l'opéré et qui sont d'une importance capitale pour le succès de l'opération.

OBSERVATION I. — M. D..., cantonnier, 32 ans, n° 15191. — Diagnostic : O. D. Cataracte traumatique. — V = C. D. à 20 cent. Bonne perception lumineuse.

Discission le 5 mars 1883 avec le couteau de Cusco, après dilatation moyenne de la pupille par l'atropine. — Pas de douleurs après la discission. Le lendemain la chambre antérieure est reformée, l'iris moyennement dilaté. Aucun signe d'inflammation irienne n'existe. Quelques masses corticales seulement ont passé dans la chambre antérieure (instillation de trois gouttes d'atropine par jour). — 7 mars. Dilatation maxima de la pupille. La rougeur périkeratique consécutive à l'opération a diminué; on ne constate ni épiphora, ni photophobie. — 10 mars. Les masses corticales placées dans la chambre antérieure se sont résorbées. — 12 mars. Nouvelle discission au moyen de deux aiguilles; instillation immédiate de trois gouttes d'atropine. Nuit calme, sans douleur. Le lendemain matin, 13 mars, bon aspect de l'œil; chambre antérieure reformée. Des masses corticales, en plus grande quantité que la première fois, ont pénétré dans la chambre antérieure. Légère photophobie et injection périkeratique

assez intense. Pas de douleurs circum-orbitaires. (Ventouse saignante à la tempe. Instillation de trois gouttes d'atropine.) — 14 mars. Dilatation maxima de la pupille; la photophobie a disparu; l'injection périkeratique persiste encore, mais moins intense. — 16 mars. Les masses corticales placées dans la chambre antérieure se sont résorbées, mais le champ pupillaire est toujours couvert et le résultat des deux dissections n'a pas été suffisant pour améliorer l'acuité visuelle.

19 mars. — Après avoir dilaté au maximum la pupille, et pratiqué une nouvelle dissection, la canule de l'aspirateur est introduite dans le centre des masses, et, par l'aspiration progressive, tout le champ pupillaire est débarrassé. Immédiatement après l'opération, le malade compte parfaitement les doigts; la pupille est noire.

19 mars, 10 heures du soir. Douleurs très vives, calmées immédiatement par une injection de morphine. — 20 mars. Chambre antérieure reformée. Dilatation moyenne de la pupille. L'injection périkeratique est assez considérable, mais la photophobie et l'épiphora peu intenses. En raison d'une iritis traumatique, qui pourrait survenir, on applique une ventouse saignante à la tempe et on instille dans la journée 6 gouttes de sulfate neutre de duboisine. — 21 mars. Les douleurs ne sont plus revenues, la pupille est entièrement dilatée, le champ pupillaire limpide. Les phénomènes inflammatoires ont diminué d'intensité. Instillation de trois gouttes de duboisine. — 22 mars. Le malade supporte la lumière sans éprouver de gêne. Cependant le bandeau de flanelle et le traitement sont continués pendant cinq jours encore. — 28 mars. — Carré de soie. — 2 avril. O. D. V. = $1/2$ avec + 11 D. — Lit n° 2, avec + 15 D.

OBSERVATION II. — M. P..., manœuvre, 43 ans, n° 15402. — Diagnostic : O. D. Cataracte traumatique siliqueuse. O. D. V = Compte les doigts à 10 cent. Bonne perception lumineuse.

5 mars. Keratotomie sup. avec l'aiguille coudée de Weiss. Extraction d'un lambeau de capsule avec une pince à griffe. Le centre de la pupille devient limpide, le malade compte parfaitement les doigts. Pas de douleurs pendant la nuit qui a suivi l'opération. Le lendemain 6 mars, la plaie est cicatrisée, la chambre antérieure reformée; la pupille qui était résultée de l'extraction du lambeau de capsule n'existe plus; les masses corticales situées entre les deux cristalloïdes et directement baignées par l'humeur aqueuse depuis l'opération ont gonflé, et en se dilatant ont complètement obstrué le champ pupillaire; malgré l'instillation de plusieurs gouttes d'atropine par jour, et la dilatation maxima de la pupille, cet état persiste et nécessite une seconde intervention. Le Dr Fieuzal pratique alors l'aspiration le 14 mars, après une dissection complète des masses corticales. Celles-ci sont aspirées à peu près entièrement; quelques-unes seulement s'échappent par la plaie, au moment de la sortie de l'humeur aqueuse.

Le champ pupillaire devient limpide, et le malade compte très bien les doigts.

Douleurs très vives pendant et après l'opération. Injection de morphine. — 15 mars. La nuit a été très calme; les douleurs persistantes sont cependant très supportables. Premier pansement à huit heures du matin. La chambre antérieure est reformée; il n'existe pas de dilatation pupillaire. Injection périkeratique intense; le champ pupillaire est toujours limpide. Ventouse saignante à la tempe. Instillation de 18 gouttes d'atropine dans la journée. Frictions d'onguent napolitain belladonné sur la région sus-orbitaire. — 16 mars. L'iritis est enrayée; les douleurs ont été apaisées, l'injection périkeratique a diminué; la pupille est entièrement dilatée; la pupille toujours limpide. Instillation de trois gouttes d'atropine dans la journée. — 17 mars. Excellent état de l'œil; la lumière est très bien supportée. On cesse l'atropine. — 25 mars. Carré de soie. — 30 mars. O. D. = $1/2$ avec + 10 D. Lit n° 1 avec + 14 D.

Obs. III. — M. M..., menuisier, 26 ans, n° 16670.

Diagnostic : O. G., cataracte traumatique. O. G. V. = Compte les doigts à 1 m. Bonne perception lumineuse.

Discission avec le couteau de Cusco, le 16 mai 1883.

Instillation immédiate de trois gouttes de duboisine.

Pas de douleurs après l'opération. Nuit très calme. — 17 mai. Dilatation maxima de la pupille. Quelques masses cristalliniennes sont passées dans la chambre antérieure reformée. Pas de phénomènes inflammatoires. Sulfate d'atropine deux gouttes par jour. — 21 mai. *Aspiration*. Quelques masses corticales adhérentes à la capsule antérieure et situées dans la région inférieure du champ pupillaire ne peuvent pas être aspirées. Le reste de la pupille devient limpide et le malade compte très bien les doigts. Instillation de six gouttes de sulfate d'atropine à dix minutes d'intervalle pendant une heure. — 22 mai. Le malade a bien dormi pendant la nuit, n'a éprouvé que des douleurs insignifiantes. La chambre antérieure est reformée, la plaie cicatrisée. Bonne dilatation de l'iris. Quelques masses corticales obscurcissent toujours la partie inférieure du champ pupillaire. Instillation de deux gouttes d'atropine. Compresses chaudes de camomille dans le but de faire résorber les masses corticales. — 23 mai. Même état de l'œil. Aucun changement notable n'est survenu. — 28 mai. L'acuité visuelle rendue défectueuse par quelques opacités corticales obstruant la pupille, M. Fieuzal pratique une nouvelle discission qui n'amène aucune complication et qui rend le champ pupillaire absolument limpide. — 10 juin. O. G. V. = $1/3$ avec + 11 D. Lit n° 2 avec + 15 D.

Obs. IV. — M. D..., couvreur, 18 ans, n° 16915. Diagnostic : O. G. Cataracte molle. Mère atteinte de cataracte au même âge. Grand père maternel atteint de cataracte à 60 ans. O. G. V. = O. B. P. L.

28 mai. Discission avec le couteau de Cusco.

Douleurs vives pendant la nuit qui a suivi l'opération. Le lendemain, malgré les gouttes de duboisine instillées après l'opération, l'iris est en contraction. Réaction violente. Photophobie considérable. Ventouse saignante à la tempe. Instillation de dix-huit gouttes de duboisine pendant la journée. Le soir à huit heures nouvelle ventouse saignante. — 30 mai. La pupille est moyennement dilatée; les accidents inflammatoires ne sont pas aussi intenses. Beaucoup de masses corticales ont passé dans la chambre antérieure. Continuation de la duboisine. Les jours suivants tout rentre dans l'ordre, et le 4 juin l'aspiration est pratiquée sans complication, malgré la sensibilité vive du malade et les mouvements désordonnés du globe. La pupille apparaît nette, limpide, et le malade compte parfaitement les doigts. Les douleurs consécutives à l'aspiration n'ont pas été de beaucoup si vives qu'après la discission.

Le lendemain matin on constate une bonne dilatation de l'iris; le champ pupillaire est limpide, la lumière de la lampe est bien supportée. Par précaution et en vue de prévenir les complications qui pourraient survenir du côté de l'iris, on applique une ventouse saignante à la tempe et on continue l'instillation de trois gouttes de duboisine. — 6 juin. Excellent état de l'œil; le malade distingue parfaitement les objets qui l'entourent. On cesse la duboisine. — 10 juin. Carré de soie. — 1^{er} juillet. O. G. V. = $\frac{1}{3}$ avec + 12 D. Lit n° 2 avec + 16 D.

On a pu voir, en lisant les observations, que des douleurs très vives se développaient souvent immédiatement après l'opération, et que M. Fieuzal s'efforce, par tous les moyens, d'obtenir une dilatation rapide de la pupille et de diminuer aussi vite que possible la congestion irienne, au moyen des antiphlogistiques les plus appropriés. En effet, dans l'aspiration de la cataracte, il est fréquent d'exposer l'iris à un traumatisme qui, s'il n'était combattu, pourrait compromettre le résultat de l'opération, tandis que cette contusion de la membrane irienne n'aura pas de fâcheux résultat, si on veut bien se conformer à la règle de conduite suivante :

1^o Pratiquer une discission aussi complète que possible et aspirer les masses corticales aussitôt qu'apparaissent les phénomènes inflammatoires résultant de leur gonflement, et après avoir cherché à dilater la pupille au maximum ;

2^o Aspirer les masses cristalliniennes lentement, en faisant le moins de traumatisme possible et instiller immédiatement après de 3 à 6 gouttes d'atropine, ou même de duboisine ;

3° Faire une injection de morphine si les douleurs empêchent le sommeil ;

4° Ventouse saignante à la tempe, plusieurs fois renouvelée si l'œil est congestionné, si la photophobie et l'épiphora sont considérables, et obtenir à tout prix une dilatation irienne, en instillant jusqu'à dix-huit gouttes de duboisine dans la journée.

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES JOURNAUX

Par le Dr DUBOIS, chef de clinique.

DE WECKER. — **De l'emploi clinique du jequirity** (*Annales d'oculistique*, mai et juin 1883). — L'auteur pense qu'on arrivera à rendre l'usage du jequirity véritablement pratique pour le bénéfice de nombreux malades, car avec l'infusion de graines de jequirity, « on donne une « ophtalmie purulente de nature croupale, dont on peut doser l'intensité suivant le nombre de lotions que l'on fait et suivant la force « de solution qu'on emploie. » On se sert généralement de solutions à 2, 3 ou 5 p. 100, faites à froid avec des graines décortiquées et employées fraîchement. « La cornée ne court aucun risque pendant l'évolution de l'ophtalmie jequiritique, pourvu qu'on n'augmente pas « trop le nombre de lotions et qu'on ne les laisse pas se succéder trop « rapidement. » On greffe une ophtalmie nouvelle sur une ophtalmie en voie d'évolution. L'ophtalmie jequiritique guérit rapidement les granulations, à condition qu'on sache en doser et en approprier l'emploi.

DRANSART. — **Traitement du décollement de la rétine par l'iridectomie.** (*Annales d'oculistique*, mai et juin 1883, p. 228.) — A propos d'une malade atteinte de synéchie antérieure de l'œil gauche avec perte de la vision de l'organe, douleurs névralgiques, surdité du côté correspondant, chez laquelle à l'ophtalmoscope on découvrit un énorme décollement de la rétine, et, après avoir fait une large iridectomie, on constata la disparition des douleurs et la récupération de l'acuité visuelle et de l'acuité auditive, puis la disparition complète du décollement, l'auteur pense que l'iridectomie doit avoir une influence favorable sur le décollement de la rétine, et propose le traitement suivant : *iridectomie, repos horizontal au lit, bandage compressif, usage très modéré d'injections de pilocarpine*. L'auteur nous rapporte les observations de deux malades, l'un atteint de décollement de la rétine récent, guéri par cette méthode, l'autre atteint de décollement ancien, amélioré.

BADAL. — **De l'élongation du nerf nasal externe.** (*Annales d'oculistique*, mai et juin 1883, p. 231.) — Lettre adressée aux *Annales d'oculistique*, où l'auteur expose que, chez les glaucomateux qui ne se résignent à subir une opération qu'autant qu'ils y sont contraints par la souffrance et, presque toujours, lorsque la vue est presque entièrement perdue, il a remplacé dans sa pratique la sclérotomie et l'iridectomie

par l'arrachement du nasal externe, suivant le manuel opératoire exposé tout au long dans la thèse inaugurale du D^r Trousseau (1).

ABADIE. — De l'élongation et de l'arrachement du nerf nasal. (*Annales d'oculistique*, mai et juin 1883, p. 234.) — L'auteur confirme les résultats obtenus par M. le D^r Badal, et applique la méthode dans un grand nombre de cas, et croit que, dans l'état actuel de la science, l'élongation du nerf nasal ne peut pas être encore appelée à supplanter l'iridectomie et la sclérotomie, mais que cette opération peut être appliquée dans tous les cas rebelles ayant déjà résisté à d'autres tentatives plus simples. Ce procédé semble convenir parfaitement dans l'hydrophtalmie congénitale, dans les glaucomes secondaires, si fréquents chez les enfants à la suite de perforation de la cornée avec enclavement de l'iris. Enfin, si les résultats fournis par l'élongation ou l'arrachement du nerf nasal dans le glaucome sont confirmés par la suite, ils seront bien faits pour donner à réfléchir sur la nature de cette singulière affection.

CLINIQUE DU D^r LANDOLT. — 1^o Sarcome de la région interne de la paupière gauche; extirpation; autoplastie. 2^o Atrophie hémilatérale gauche de la face (trophonévrose faciale); observations recueillies par EPERON, chef de clinique. *Archives d'ophtalmologie*, t. III, n^o 3, mai-juin 1883. — a. EPERON nous rapporte l'observation d'une femme de 32 ans ayant une tumeur de la région de l'angle interne de l'œil gauche, le dos du nez et une partie de la face, qui fut méconnue au début, et prise pour une affection lacrymale. Cette tumeur fut extirpée par M. le D^r Landolt, qui la circonscrit à un centimètre de son bord par une incision au bistouri pénétrant jusque sur le squelette de la face, qui fit ainsi une large perte de substance, comblée par un lambeau de forme trapézoïde, pris dans la région sous-orbitaire, que l'on fit glisser en dedans et en haut jusqu'à ce qu'on puisse affronter son bord interne avec le bord nasal. L'examen histologique montra tous les caractères d'un sarcome qui avait déjà envahi une partie du muscle orbiculaire. La malade, quatre mois après l'opération, est exempte de récidive. — b. LANDOLT, à propos d'un malade présentant une atrophie hémilatérale gauche de la face, a examiné si l'appareil oculaire avait participé à cette atrophie. Voici le résultat de l'examen : à droite, l'acuité visuelle était normale, à gauche l'acuité visuelle est égale à 1/10 avec un verre convexe de 2,50. Le champ du regard à droite est normal; à gauche, au contraire, il est limité de tous les côtés. A l'examen ophtalmoscopique on trouve : à gauche une hypermétropie égale à 3; nerf optique très pâle, avec taches circonscrites dans la région de la macula. Atrophie du pigment de la choroïde. A droite, une H = égale 0,50, fond de l'œil normal. L'auteur termine en rapprochant cet état de l'œil des états hypermétropiques avec amblyopie congénitale dus à un arrêt de développement.

(1) Voir Bulletin de la clinique nationale des Quinze-Vingts, n^o 2, p. 84.

PANAS. — De l'inflammation de la bourse celluleuse rétro-oculaire ou ténonite. (*Archives d'ophtalmologie*, mai-juin, 1883, p. 202.) Les malades atteints de cette maladie accusent tout d'abord des douleurs périorbitaires intenses, revenant par accès, comme s'il s'agissait d'une névralgie. Puis des douleurs gravatives qui paraissent siéger au fond de l'orbite. Dès le début, tout mouvement du globe est douloureux. Au moment de l'apparition de ces douleurs, on n'observe rien du côté des yeux, sauf quelquefois une simple bouffissure, sans changement de couleur à la peau. Dès le second ou troisième jour, apparaît un symptôme nouveau : c'est le chémosis ou œdème séreux de la conjonctive péricornéenne, qui peut quelquefois s'enflammer. Sous l'influence même de cette infiltration séreuse, on peut quelquefois observer de l'exophtalmie. La durée de la ténonite varie entre deux ou trois septénaires pour les cas les plus légers, mais les dépasse pour les cas plus intenses. Elle se termine toujours par résolution. Les causes de cette maladie sont locales et générales. La principale cause générale de la maladie est l'arthritisme. Comme cause locale, on a trouvé signalée la ténotomie des muscles oculaires. Le traitement devra être général et local : le salicylate de soude à l'intérieur ; quant au traitement local, il consistera surtout en scarifications, quand le chémosis est volumineux ; en applications d'un bandage compressif, en évitant les sensations de froid et d'humidité, à cause de l'état arthritique des malades. Quelquefois, l'application d'un collyre à l'atropine pour calmer les douleurs ciliaires. L'auteur relate trois observations à l'appui de la symptomatologie et de la marche de cette maladie.

ABADIE. — De la correction du strabisme mono-latéral excessif. (*Archives d'ophtalmologie*, mai-avril 1883, p. 215.) — Dans les strabismes excessifs qui excèdent sept millimètres et plus, une seule ténotomie est quelquefois insuffisante ; il faut ou faire une seconde opération sur l'œil sain, ou bien pratiquer l'avancement du muscle rétracté. Il y a toujours avantage à combiner le reculement du muscle contracté avec l'avancement de son antagoniste. L'auteur a apporté quelques perfectionnements à l'opération de l'avancement. « Il pratique « dans la conjonctive, sur le bord même de la cornée une incision « courbe à concavité dirigée du côté du muscle et assez étendue en « haut et en bas de façon à ménager deux lambeaux de conjonctive, « au-dessus et au-dessous du diamètre horizontal de la cornée et qui « serviront pour fixer les points de suture : ce sont les lambeaux bul- « baires. » Dès que cette incision est terminée, les lèvres de la plaie conjonctivale s'entr'ouvrent et le lambeau, situé du côté de la commissure, s'écarte, et on en excise une portion d'environ 2 millimètres d'épaisseur. De cette façon, la région de la sclérotique, sur laquelle doit se faire la greffe tendineuse, se trouve à nu... L'excision de ce petit lambeau conjonctival présente plusieurs avantages : 1° les recherches pour aller dégager le muscle et passer le crochet se trouvent facilitées. 2° on empêche ainsi la formation de ce bourrelet

conjonctival volumineux, qui se produit au moment où on serre les fils. Une fois les fils mis en place et le tendon du muscle détaché, **pour procéder à l'avancement et mettre le globe dans la position voulue**, au lieu de tirer sur les fils pour resserrer le muscle vers la cornée, on fait saisir, avec deux pinces à griffes, les conjonctives bulbaires au-dessus du diamètre vertical de la cornée, et on dirige facilement le globe vers la commissure en l'amenant dans la position voulue. La courbure doit toujours dépasser un peu celle qu'on se propose d'obtenir. Grâce à tous ces détails opératoires, l'avancement peut être pratiqué avec autant de précision que le reculement.

VÉRON. — Opération de Scemish. — Cautérisation palpébrale chez les granuleux. Notes recueillies à l'hôpital militaire de Philippeville, service de M. Bouchez. (*Arch. d'ophtalmologie*, mai-juin 1883, p. 220.)

— Sous ce titre, l'auteur nous rapporte une première série de neuf observations faites sur des malades granuleux atteints de kératites ulcéreuses ou d'abcès de la cornée, qui ont été tous soumis à l'opération de Scemish, et chez lesquels, grâce à l'intervention chirurgicale, il n'y a pas eu de complications.

Dans une deuxième série de cinq observations chez d'anciens granuleux atteints d'entropion et de trichiasis, qui présentaient des kératites panniformes et qui leur troublèrent la vue à un point tel, que quelques-uns d'entre eux voyaient à peine pour se conduire, M. Bouchez faisait, à 1 centimètre au-dessus du bord libre des paupières, une incision au thermocautère assez profonde pour atteindre le cartilage tarse. Quelque temps après, les malades étaient améliorés ou guéris, à un tel point que le pannus disparaissait, et que la cornée s'éclaircissait assez pour rendre accessible à l'ophtalmoscope le fond de l'œil, qui ne l'était pas avant l'opération.

Par cette méthode de « révulsion externe », dit l'auteur, on fait disparaître le trichiasis, et on supprime ainsi une cause constante d'irritation de la cornée en produisant une bienfaisante révulsion qui favorise, et les résorptions des granulations, et celles des vaisseaux qui constituent le pannus cornéen.

JANNIN. — Considérations sur une forme mal définie de stase papillaire aiguë. (*Thèse de Paris*, 1883.) — L'auteur lui-même fut atteint en quelques jours de cécité complète, et M. le professeur Panas constata, à l'ophtalmoscope, une stase veineuse et de l'œdème de la papille, avec exsudat floconneux au niveau de la macula. Le traitement consista en émissions sanguines aux apophyses mastoïdes, iodure de potassium et frictions mercurielles, ventouses scarifiées entre les omoplates, séton à la nuque. La guérison, commencée au bout de quelques jours, fut complète au bout de quelques mois. L'auteur pense donc qu'il existe des œdèmes de la papille, qui se développent sous l'influence de l'augmentation de la tension intra-crânienne, avec hydropisie de la tunique vaginale, et même hydropisie interstitielle

du parenchyme nerveux, et irritation du nerf optique à son entrée dans le bulbe oculaire.

Les congestions cérébrales répétées (le malade faisait abus de boissons alcooliques et avait fait aussi des excès de travail) peuvent donner lieu à des lésions papillaires semblables à celles qu'on observe dans les tumeurs ou dans les méningites. Ces papilles étranglées guérissent après un traitement approprié.

DAUBRESSE. — *Du goître exophtalmique chez l'homme (étude clinique)*, Thèse de Paris, mai 1883. — Le goître exophtalmique se rencontre encore assez fréquemment chez l'homme, et se présente avec les mêmes symptômes chez l'homme et chez la femme, avec peut-être prédominance des phénomènes nerveux dans le sexe féminin ». Ces conclusions sont appuyées sur vingt-six observations personnelles ou prises dans la littérature ophtalmologique.

RAULLET. — *Etude clinique sur la migraine ophtalmique. (Thèse de Paris, juin 1883.)* — La migraine ophtalmique est caractérisée par des troubles oculaires variés, tels que : obnubilation passagère, diminution du champ visuel, hémipopie, scotome scintillant, nausées et vomissements, et de troubles cérébraux qui peuvent les accompagner. Ces phénomènes, d'abord transitoires, peuvent s'établir d'une façon permanente, et constituer une maladie assez grave. Toutes ces formes peuvent se ranger sous quatre chefs principaux : la migraine ophtalmique simple, la migraine ophtalmique forte où certains phénomènes passent inaperçus, et enfin la migraine dissociée, où quelques phénomènes oculaires se manifestent d'abord intérieurement, puis, quelques jours après, surviennent avec nausées et vomissements. Enfin les migraines ophtalmiques, accompagnées, de phénomènes cérébraux, où l'on rencontre le plus souvent des troubles de la parole ou des troubles sensitifs ou moteurs du côté de la face ou des membres, Elle coïncide aussi avec certaines névroses, telles que l'hystérie et l'épilepsie. Quelquefois aussi, on peut l'observer comme accidents prodromiques de la paralysie générale progressive et de l'ataxie locomotrice.

Le pronostic doit donc toujours être réservé. Vingt-quatre observations de ces diverses formes de migraine accompagnent la thèse.

COLLACHE. — *Essai sur le traitement de la conjonctivite granuleuse grave. (Thèse de Paris, juin 1883.)* — Les moyens chirurgicaux ne peuvent et ne doivent être employés qu'en dernier ressort, et dans des cas extrêmement rares. C'est à la méthode des caustiques qu'on devra surtout avoir recours. Parmi ceux-ci, l'auteur préfère le sulfate de cuivre, qu'il emploie sous forme de glycérolé de sulfate de cuivre, et qu'il fait alterner avec le glycérolé de tannin pour éviter l'accoutumance. Ce n'est que lorsque ces moyens ont été reconnus insuffisants qu'on devra avoir recours aux inoculations, soit à l'inoculation blennorrhagique, soit à l'inoculation jéquiritique.

LEFRANC. — Contribution à l'étude de la lumière et de la chaleur, considérées comme causes des maladies des yeux chez les verriers principalement. (Notes prises à la manufacture des glaces de Saint-Gobain. *Thèse de Paris*, juin 1883). — Les auteurs admettent la chaleur et la vive lumière comme causes des maladies des yeux, sans que les faits soient absolument prouvés. Il semblerait, au contraire, d'après les observations recueillies par l'auteur à la manufacture des glaces de Saint-Gobain, que ces deux agents sont d'une innocuité parfaite, à cause de l'habitude des verriers à supporter la chaleur extrême, et aussi à cause de la soude employée en grande partie dans la composition des glaces et qui, en brûlant, donne à la flamme une coloration particulière où le jaune domine, couleur très peu nuisible aux yeux.

DE LAPERSONNE. — Etude clinique sur la maturation artificielle de la cataracte. (*Thèse de Paris*, juin 1883.) — On est autorisé à pratiquer l'opération de la maturation artificielle de la cataracte chez les gens d'une certaine condition sociale, dans les cataractes à marche lente et surtout dans les cataractes séniles. L'opération a pour but de faciliter la toilette du champ pupillaire, en opacifiant les couches antérieures et en permettant ainsi leur détachement de la cristalloïde. Il faut d'abord prévenir le malade qu'on va lui faire, non pas l'extraction, mais une opération préliminaire qui permettra de lui enlever beaucoup plus tôt sa cataracte.

On fait une petite incision linéaire très périphérique avec le couteau lancéolaire et on pratique l'incision de l'iris. Cette incision aussi petite que possible ne doit comprendre que le sphincter irien. On procède alors au massage de l'œil. Les frictions sont faites alors directement ou bien avec un instrument mince. Förster emploie le dos d'une pince à iris, et Meyer le dos d'un crochet à strabisme. On peut encore exercer des pressions avec le doigt à travers la paupière inférieure, comme si on voulait extraire les derniers restes cristalliniens de la capsule. Dans les cas heureux, l'opacification est complète du troisième au sixième jour. On peut procéder à l'extraction vers la troisième ou la quatrième semaine. Cependant, il faut faire quelques réserves au point de vue des suites qui peuvent être compliquées d'iritis.

POTU. — Contribution à l'étude de la conjonctivite diphthéritique. (*Thèse de Paris*, mai 1883.) — Conclusions :

« La conjonctivite diphthéritique est une manifestation d'une maladie générale, la diphthérie.

« Elle peut accompagner, précéder ou suivre les autres manifestations locales de l'infection diphthéritique. Elle reconnaît pour cause unique l'envahissement de l'organisme par le poison diphthéritique. Les conjonctivites strumeuse, catarrhale, blennorrhagique ne peuvent pas lui donner naissance, mais sous l'influence de la réceptivité du malade, elles ont un *locus minoris resistantiæ* qui favorise la locali-

sation oculaire de la diphthérie. Elle présente un ensemble symptomatique et clinique qui permet d'en faire une maladie bien définie. La douleur manque le plus souvent et, lorsqu'elle apparaît, elle est l'indice d'une complication du côté de l'œil. Son pronostic est très grave et la mort est souvent la conséquence de l'affection (quand la maladie s'est étendue et a infecté l'organisme tout entier). Lorsque la guérison arrive, elle est la plupart du temps incomplète et laisse après elle des désordres graves pour la vision.

FONTAN. — Paralysie simultanée des deux moteurs oculaires communs par nicotisme. (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 6, juin 1883, p. 309.) — Observations de paralysie simultanée des deux moteurs oculaires communs avec *atréisie pupillaire* des deux côtés, où, en l'absence d'aucune autre étiologie à laquelle on puisse rapporter la maladie, l'auteur pense qu'on doit attribuer cette paralysie au nicotisme et se demande si l'atréisie de la pupille, qui a été signalée plusieurs fois sans explication dans les paralysies de la 3^e paire, ne serait pas un signe suffisant pour faire diagnostiquer le nicotisme.

JOURNAUX ÉTRANGERS

(Traduction par le D^r FIEUZAL.)

Bromure d'éthyle; anesthésique le plus parfait pour les opérations chirurgicales courtes, mais douloureuses, par le D^r JULIAN J. CHISOLM. (*Maryland med. Journ.*, 1^{er} janvier 1883. *Klinische Monatsblätter für Angenheilkünde*, mars 1883.)

L'auteur vante le bromure d'éthyle, qu'il a employé, depuis trois ans, comme un anesthésique équivalant au chloroforme, et il le recommande comme un agent qui, employé d'une façon réfléchie, ne peut être surpassé par aucun autre anesthésique.

Les premiers essais, faits par l'auteur, avec ce nouvel anesthésique, ne furent pourtant pas favorables, les patients ne tombaient guère en anesthésie ou bien, ils s'éveillaient tout à coup, au moment le moins désirable, et, de plus, ils avaient des nausées et des vomissements d'une telle intensité, que l'auteur, avec aucun autre anesthésique, n'en avait jamais vu de semblables; en outre, il arriva que Marion Sims et, bientôt après, le docteur Levis, eurent à enregistrer une mort à la suite de l'emploi du bromure d'éthyle. En poursuivant ses essais, l'auteur se convainquit bientôt que le bromure d'éthyle était un anesthésique dont l'emploi répété, ou de longue durée, ne pouvait amener de bons résultats, mais que, dans les opérations courtes et employé avec circonspection, il était préférable à tous les autres anesthésiques. Une narcose complète est obtenue avec lui, en moins d'une minute, et quelquefois même en vingt ou trente secondes,

mais la narcose ne dure pas plus de deux à trois minutes; il a été observé que les patients se trouvent, après l'opération, comme si rien ne s'était passé.

L'auteur éthérise ainsi ceux qui ont peur, ceux qui désirent être opérés sans souffrances, ou bien lorsqu'il s'agit d'un examen douloureux ou d'une opération nécessitant peu de temps (environ une minute). Il comprend dans cette application les petites tumeurs des paupières ou les abcès, l'introduction des sondes dans le conduit lacrymal, la canthotomie, l'iridectomie, l'opération du strabisme, la dissection de certaines cataractes, la neurotomie optico-ciliaire, et d'autres encore. Toutes ces opérations ont lieu sous une seule éthérisation; l'extraction de la cataracte, l'énucléation et d'autres opérations des paupières, exigeant plus de temps et demandant à être faites en pleine tranquillité, la narcose, dans ces cas, ne doit pas être provoquée par le bromure d'éthyle.

L'auteur déclare, qu'avec l'aide d'un bon assistant, et entouré des dispositions conformes à toute opération, il a pu faire l'éthérisation et la ténotomie d'un muscle de l'œil en l'espace de cinquante-deux à soixante secondes (montre en main) et qu'on peut, maintenant, user sans crainte du bromure d'éthyl. Néanmoins, pour les opérations longues, conseille-t-il toujours, comme avant, l'emploi du chloroforme.

Accouchement prématuré pour la prévention de la cécité. — Rapport présenté à la clinique ophtalmologique américaine, par Edouard-G. LORING (New-York). (*Klinische Monatsblätter, für Augenheilkunde*, mars 1883.)

D'anciens ophtalmologistes (Beer et d'autres encore) ont connu des cas, dans lesquels un accouchement prématuré avait amené l'amélioration de troubles profonds de la vision, qui avaient été causés, sans aucun doute, par une grossesse.

Dans les derniers temps, le nombre de ces cas a beaucoup augmenté, et, malgré tous les efforts, on n'a pu réussir à découvrir leur cause réelle.

On peut seulement affirmer que le mal, pendant chaque nouvelle grossesse, a régulièrement empiré, et que, commençant par le rétrécissement des artères, la dilatation des veines et le changement des vaisseaux, prenant une couleur blanchâtre, il devait se terminer par l'atrophie du nerf optique. L'auteur émet l'idée qu'une cécité complète peut être évitée, dans de pareils cas, par un accouchement prématuré.

L'énumération de quelques cas semblables (par Lawson et d'autres encore) ont démontré ce qui peut arriver dans le cas où on laisse le mal abandonné à lui-même.

Obs. I. — En janvier 1863, M. Lee vit une jeune femme nerveuse et agitée, dans le troisième mois de sa grossesse; deux mois plus

tard, elle consulta M. Bowman pour un affaiblissement de la vue ; l'urine était fortement albumineuse. M. Lee, croyant les souffrances des reins et le trouble de la vision dépendants de la grossesse, et craignant des convulsions, proposa la provocation d'un accouchement prématuré. M. Fergusson n'approuva point cette idée : en avril, arrivèrent des convulsions, qui mirent en danger la vie de la patiente, mais ce ne fut que dans le sixième mois de la grossesse que l'accouchement artificiel fut pratiqué ; il fut suivi d'un résultat favorable à l'égard des souffrances des reins et des troubles visuels.

Obs. II, communiquée par de Brecht :

Une femme, âgée de 35 ans, remarqua, dans le troisième mois de sa grossesse, des troubles de la vue ; dans le cinquième mois, la papille s'altéra ; ses limites s'effacèrent. La patiente pouvait encore lire Jæger, n° XIV ; l'urine était fortement albumineuse ; dans le sixième mois, il se produisit de longues attaques éclamptiques et une grande diminution de force visuelle. L'accouchement artificiel eut lieu pendant une nouvelle crise de convulsions, qui dura 48 h. ; le dixième jour après la délivrance, l'albumine dans l'urine avait disparu, et la vue s'était améliorée ; cinq semaines plus tard, l'acuité visuelle était des deux côtés = 1.

Le cas suivant, observé par M. Edouard-G. Loring, lui-même, se distingue des deux autres, ci-dessus décrits, en ce sens qu'il a été très sérieux et a mis la vie en danger.

Obs. III. — La patiente, âgée de 35 ans, se plaignit, pendant sa troisième grossesse, de diminution de force visuelle ; avant la naissance de son premier enfant, elle avait toujours été bien portante et n'avait jamais eu aucun trouble de vision ; elle avait seulement un haut degré d'hypermétropie.

Quatorze jours avant la naissance de son premier enfant, elle remarqua tout à coup un scotome brumeux et une demi-cécité de l'œil gauche ; après la naissance, la vue s'améliora ; tout près du second accouchement, le même accident se renouvela, de façon que la force visuelle de l'œil gauche disparut presque ; tout près du troisième accouchement, le même accident eut encore lieu, mais sur l'œil droit ; l'examen précis des yeux, trois mois après ce troisième accouchement, montra une cécité complète de l'œil gauche ; l'impression de la lumière quantitative existait pourtant dans une faible étendue de la moitié interne du champ visuel ; la patiente, avec l'œil droit, pouvait encore compter les doigts à un éloignement de quelques pieds ; dans cet œil et dans la moitié externe, le champ visuel était borné ; l'ophtalmoscope montra, dans le fond normal de l'œil, une papille blanche et complètement anémique ; avec le retour de la menstruation, l'acuité visuelle s'améliora au bout d'un mois jusqu'à $S = 1/3$. La patiente, au bout de dix-huit mois, redevint grosse pour

la quatrième fois. Elle eut peur de devenir tout à fait aveugle et sans espoir de guérison possible.

Bien convaincu que la patiente serait tout à fait aveugle à la fin de sa grossesse, l'auteur conseilla l'accouchement artificiel. L'opération fut exécutée lorsque le fœtus n'avait que trois mois. La patiente resta bien longtemps malade; pourtant la vision s'était améliorée $S = 1/2$, mais les signes ophtalmoscopiques ne s'étaient réellement pas modifiés.

Dans ses conclusions, l'auteur dit que les yeux des femmes enceintes, lors même qu'elles ne s'aperçoivent d'aucun trouble de vision ou d'albuminurie dans l'urine (ce qui arrive souvent), devraient toujours être examinés. M. Eales ajoute que, dans un seul hôpital de Birmingham, il y a eu, en une année, 28 cas de neuro-rétinites chez des malades atteints de maladies des reins, et que parmi 11,001 maladies des yeux, il n'a seulement trouvé que 4 cas semblables. Enfin, M. Edward-G. Loring termine en disant que, pour sauver la vue et souvent même la vie de la mère, il faut (naturellement avec les soins les plus minutieux) que l'accouchement artificiel soit non seulement permis, mais encore ordonné.

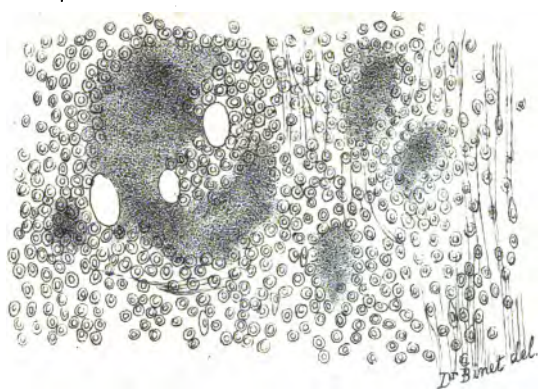
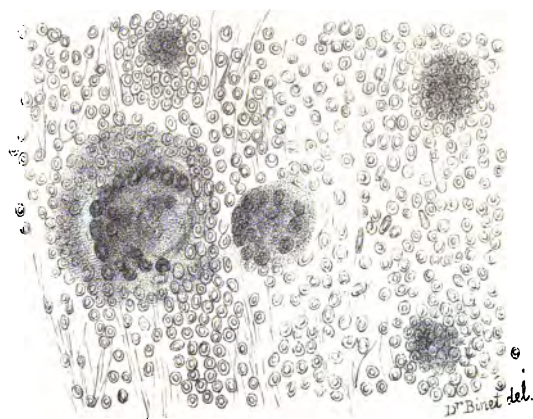
ÉNUMÉRATION DES MALADIES OBSERVÉES PENDANT LE PREMIER SEMESTRE 1883.

Maladies des voies lacrymales..	223
Maladies des paupières.....	362
Maladies de la conjonctive.....	1.156
Maladies de la cornée.....	1.290
Maladies de l'iris.....	126
Maladies du corps vitré.....	50
Maladies de la choroïde.....	93
Maladies du cristallin.....	301
Maladies de la pupille.....	193
Maladies de la rétine.....	62
Maladies de la sclérotique.....	6
Maladies du globe.....	55
Maladies de l'orbite.....	4
Réfractions et accommodations..	250
Maladies des muscles.....	96
Maladies des nerfs.....	30
	4.297

4.297 maladies observées sur 3.945 malades pendant le premier semestre de l'année 1883.

Le Gérant : ÉMILE LECROSNIER.

Paris. — A. PARENT, imprimeur de la Faculté de médecine, A. DAVY, successeur,
52, rue Madame et rue Monsieur-le-Prince, 14.



BULLETIN

DE LA

CLINIQUE NATIONALE OPHTALMOLOGIQUE

DE L'HOSPICE DES QUINZE-VINGTS

MALADIES DES PAUPIÈRES,

Par le D^r FIEUZAL.

Un coup d'œil jeté sur les tableaux statistiques des maladies embrassant les années 1881 et 1882 (p. 23 et 88) nous fait voir que les maladies des paupières entrent pour une proportion de 10 à 11 0/0 dans l'ensemble des maladies des yeux, et nous montre en même temps la variété des affections dont celles-ci peuvent être le siège.

On y voit que les maladies dont les paupières sont le plus souvent atteintes résultent dans l'immense majorité des cas de la localisation soit sur leurs bords, soit dans leur épaisseur, d'un état général diathésique constitutionnel (syphilis, goutte, arthritisme, etc.); trop fréquemment, hélas! les blépharites, si variées dans leur forme, sont entretenues, sinon aggravées, par des traitements mal institués qui ont pour conséquence inévitable de provoquer la déformation de ces voiles membraneux (entropion, ectropion, déviation ou destruction des cils, etc.); d'autres fois enfin les maladies dont elles sont atteintes résultent précisément du rôle protecteur que jouent les paupières par rapport aux globes oculaires; ce sont les traumatismes de toute espèce, réclamant un traitement approprié, variable selon les lésions, et qu'il serait superflu de rappeler ici.

Parmi les premières, si nombreuses et parfois si rebelles, en raison même de leur étiologie obscure, nous avons rangé toutes les espèces de blépharites. Il suffit de voir les chefs sous

lesquels elles sont classées pour se convaincre de l'inanité des formules qui se rencontrent à la quatrième page des journaux de médecine et autres, sous la rubrique : Pommade antiblépharitique.

Nous ne saurions trop, pour notre part, nous élever contre une dénomination pareille, qui n'est capable que de donner des idées fausses, et qui gagnerait beaucoup à être tout au moins accompagnée de quelques indications en précisant l'emploi, attendu qu'une préparation antiblépharitique pour certains malades sera inutile, sinon dangereuse, pour certains autres, atteints cependant de blépharite.

Rien n'est pénible comme de voir des médecins et des chirurgiens, habituellement difficiles, quand il s'agit de la thérapeutique des maladies qu'ils ont étudiées spécialement, recommander, avec l'autorité qui s'attache à leur nom, l'emploi de préparations qui, si elles conviennent à certains cas donnés, ne sauraient convenir à d'autres. En effet, les lésions qui caractérisent la blépharite herpétique, par exemple, ne sont pas les mêmes que celles qu'on observe dans les blépharites scrofuleuses ; et du reste, fussent-elles les mêmes, les moyens à mettre en œuvre pour en obtenir la guérison doivent nécessairement varier avec la période d'évolution des états anatomiques qui caractérisent la maladie. Or, on ne sait pas assez qu'une pommade à base mercurielle, comme toutes celles que l'on recommande, n'est bonne à employer qu'à une certaine période de la maladie, et que si on en conseille l'emploi avant d'avoir modifié les ulcérations, avant d'avoir favorisé la formation d'un vernis épithélial protecteur des éléments qui sont atteints, on ne fera qu'exaspérer le mal et transformer en blépharite glandulaire une blépharite ciliaire simple.

Avant donc de conseiller d'une façon banale l'emploi de telle ou telle pommade dans la blépharite ulcéreuse ou dans la blépharite glandulaire, il importe premièrement de se bien renseigner sur l'état local de cette délicate région, formée par la rencontre de la peau et de la muqueuse, et où se trouvent en si grande abondance les orifices serrés des glandes et des follicules qui doublent la peau des paupières. Après cela on prescrira des lotions chaudes et fréquentes avec des compresses trempées dans un liquide émollient ou astringent.

gent, suivant l'état d'irritation plus ou moins marquée des bords palpébraux ; on y adjoindra les cataplasmes à la fécule de riz pendant quelques heures seulement : on enlèvera absolument les croûtes qui retiennent les cils entre eux, et forment comme une carapace favorisant la direction vicieuse de ceux qui poussent en arrière. Ce n'est qu'après avoir bien dégagé le bord ciliaire qu'on fera usage soit de la solution faible de sulfate de zinc, soit de celle de sous-acétate de plomb, avant d'arriver à l'emploi des pommades.

Nous employons les solutions à 1/100^e en les diluant encore dans l'eau tiède, de façon à éviter la douleur et à n'en faire qu'une eau légèrement astringente.

La pommade que nous employons, dès que les ulcérations sont en voie de réparation, est formulée de la manière suivante :

Vaseline purifiée	5 grammes.
Bioxyde de mercure hydraté	0,05.

Dans les blépharites eczémateuses, avec production d'épiderme résistant, on se trouvera très bien de l'application sur des rondelles de toile, le soir, en se couchant, de la pommade d'Hébra, et dont voici la composition :

Emplâtre de plomb simple	} 30 grammes.
Huile de lin	
Baume du Pérou	1 gr. 20.

Voilà pour le traitement local qu'on devra mettre en œuvre ; mais il ne faut pas oublier qu'il est insuffisant : cette insuffisance même explique l'innombrable quantité de formules conseillées par les médecins et chirurgiens, qui n'ont pas assez de souci de la recherche des causes des blépharites. C'est ainsi que toute blépharite qui est sous la dépendance d'un vice de réfraction guérira toute seule, si on conseille, à la personne qui en souffre, de faire usage, pour le travail, de verres appropriés à sa vue.

Que d'enfants, d'adultes et de vieillards n'avons-nous pas vus, qui souffraient depuis longtemps de blépharites rebelles à toutes les pommades, et qui les ont vu céder à l'emploi de lunettes appropriées, et à de simples lotions chaudes ?

Les blépharites liées au larmolement guériront également par le cathétérisme des voies lacrymales, tandis qu'elles ne seront que momentanément améliorées avec les divers traitements conseillés.

L'observation suivante, prise parmi un grand nombre de semblables, le démontre surabondamment :

Blépharite ulcéreuse double guérie par le cathétérisme des voies lacrymales.
Observation recueillie par M. Saint-Martin.

L'enfant M..., âgée de 12 ans, se présente pour la première fois à la Clinique au mois d'août 1882 pour une blépharite ciliaire ulcéreuse ayant résisté à une foule de traitements.

Etat général excellent. On ordonna à la malade des applications de cataplasmes de fécule de pommes de terre jusqu'à ce que les croûtes, recouvrant les ulcérations et adhérentes aux cils, pussent être facilement enlevées, puis des lotions tièdes avec le collyre au sous-acétate de plomb. Malgré ce traitement, suivi régulièrement, l'affection ne s'était pas améliorée le 20 novembre.

C'est alors que M. Fieuzal se décida, bien qu'il n'y eût ni éversion ni rétrécissement apparent des points lacrymaux, à pratiquer le cathétérisme des voies lacrymales.

La petite malade fut opérée par le point inférieur, et trois fois par semaine on a passé, dans le canal nasal, une sonde de Bowmann n° 4. Dans l'espace de quinze jours, une amélioration notable s'était déjà produite. Le rebord ciliaire, autrefois rouge, induré, couvert d'éléments purulents agglutinés et desséchés à la base des cils, avait repris sa souplesse ; les cils eux-mêmes ont reparu sur toute sa surface, et il ne reste plus de traces d'ulcérations.

La blépharite, rebelle à toute autre médication, a cédé au seul cathétérisme, et ne s'est pas reproduite plus d'une année après cette petite opération.

Les blépharites pityriasiques guérissent très vite par l'emploi d'une pommade au bioxyde et des lotions au sublimé ; nous en avons observé récemment deux cas, chez des enfants, dans les cils desquels on a trouvé en abondance des pédiculi de la variété des pédiculi pubis. Les cils en étaient noircis.

Les blépharites liées à un état constitutionnel ne guériront définitivement que si aux soins locaux ci-dessus formulés on ajoute le traitement général approprié à la diathèse : c'est ainsi qu'une blépharite rebelle met souvent sur la voie d'une disposition générale, dont on atténuera les manifes-

tations si on la soigne de bonne heure. L'herpétisme, l'arthritisme, la scrofule, tiennent sous leur dépendance les blépharites pityriasiques, eczémateuses, impétigineuses glandulaires et ciliaires ; la blépharite angulaire est plus spécialement la conséquence du larmolement.

La syphilis porte très souvent son action sur l'organe de la vision, et frappe suivant des conditions entièrement inconnues, tantôt la conjonctive, tantôt la sclérotique, l'iris, le tractus uvéal, la choroïde, la rétine, le nerf optique, soit à sa sortie du crâne, soit dans son trajet intra-crânien ou même intra-cérébral, et enfin les nerfs qui se distribuent aux muscles de l'œil.

La malignité de cette maladie présente des degrés très divers, selon le terrain sur lequel on l'observe, et, il faut bien le dire, selon le mode de traitement qu'on lui oppose dès qu'on en a constaté l'existence.

C'est là une notion qui n'est malheureusement pas assez répandue parmi les praticiens : cette ignorance résulte du scepticisme paradoxal de quelques-uns, ou bien le plus souvent de l'insuffisance d'observation et aussi de la complicité morale de certains malades qui ont bien plus peur du mercure que de la vérole. Est-ce à dire qu'on ne puisse guérir la vérole sans mercure, ou qu'on ne puisse instituer à son défaut d'autres médications capables d'arrêter la marche concentriquement envahissante de la syphilis ? Tel n'est pas notre sentiment, car, comme tous les observateurs, nous avons maintes fois rencontré des malades qui ne supportaient pas quelques centigrammes de mercure sans avoir une stomatite, et chez lesquels nous avons néanmoins obtenu des guérisons complètes, lorsque la syphilis était soignée au début, et malgré de profondes atteintes de l'organisme (papules, psoriasis palmaire, angine, alopecie, rhagades, etc.). Mais ces cas sont tellement exceptionnels, qu'ils doivent faire considérer comme des charlatans, spéculant sur le sentiment de la peur, les trop nombreux médocastres qui annoncent la guérison de la syphilis sans mercure.

La vérité est que, lorsque la vérole a pénétré dans l'organisme, même le mieux doué pour lui résister, à plus forte

raison dans un organisme héréditairement affaibli, rien ne vaut mieux, pour en réduire les manifestations ultérieures, que le mercure en ce qui concerne les accidents secondaires, et l'iodure de potassium quelques mois après lui, pour prévenir les localisations organiques profondes. — Contre ces dernières, quand elles se produisent, l'association de ces deux médicaments est trop souvent héroïque pour qu'on puisse sérieusement en contester les effets.

Les toniques doivent être donnés dès le début de la syphilis, et à plus forte raison lorsqu'elle a eu le temps d'imprégner l'organisme et de faire explosion sous forme d'accidents secondaires. Ces derniers seraient selon nous bien moins fréquents, si on ne se hâtait de donner l'iodure de potassium, dont le rôle dans l'organisme est de favoriser l'élimination du mercure, et si on le réservait pour un âge plus avancé de la maladie. C'est la pratique constante que nous suivons depuis plus de vingt ans, et nous n'avons qu'à nous en applaudir ; par contre, les nombreux cas de syphilis tertiaire et secondaires que nous avons eu à traiter étaient constamment observés sur des malades qui, au début de leur syphilis, avaient pris pendant six semaines environ une préparation mercurielle suivie aussitôt après, et pendant quelques mois, de l'iodure de potassium. Cette méthode trop généralement employée n'est bonne qu'à retarder l'apparition des accidents, et nullement à les prévenir.

La syphilis affecte quelquefois d'emblée la région palpébrale, ainsi que le démontre l'observation suivante :

Chancres infectants de la paupière supérieure droite. Observation recueillie par M. le Dr Dubois, chef de clinique.

Le nommé B... (G.), n° 13701, âgé de 25 ans, se présente à la Clinique nationale des Quinze-Vingts, le 9 décembre 82, ayant à l'angle interne de la paupière supérieure droite, au niveau du point lacrymal, une ulcération de 4 millimètres environ, à bords escarpés, taillés à pic. En même temps, toute la paupière supérieure est oedématisée, et l'on aperçoit, depuis la paupière jusqu'à l'oreille, des cordons rouges, rénitents, qui se rendent au ganglion préauriculaire droit, qui lui-même est le siège d'une adénite subaiguë.

En présence de tous ces symptômes, M. le Dr Fieuzal pose le diagnostic de chancre infectant, et institue le traitement suivant. Traite-

ment général : frictions méthodiques avec onguent napolitain, calomel à doses fractionnées pendant quelques jours, et localement application de pommade à l'iodoforme.

Les jours suivants, l'œdème augmente, et la trainée lymphatique est un peu plus accentuée. Continuation du même traitement.

18 décembre 82. Diminution de l'œdème et de la trainée lymphatique, mais il reste de l'induration de tous les tissus.

Le 20. L'induration a presque complètement disparu, et il ne reste presque plus traces de l'ulcération.

Deux jours après, apparition de taches cuivrées sur la peau du cou et des avant-bras, qui ne permettent plus de mettre en doute la nature du mal, bien que le malade n'en eût pas avoué l'origine spécifique. Les pilules de bichlorure de mercure et le chlorate de potasse remplacent les frictions.

Au bout de deux semaines, les papules se sont effacées, mais, le 24 janvier, apparaissent dans la bouche des plaques muqueuses, et la gorge est le siège d'une angine spécifique, qui permettrait à elle seule d'établir le diagnostic, s'il n'avait été fait précédemment. Le malade est soumis au même traitement, c'est-à-dire pilules de sublimé et gargarisme au chlorate de potasse, pendant deux mois environ.

Le malade vient à la Clinique tous les huit ou quinze jours, et il ne lui reste plus aucune trace de son ulcération, pas plus que des syphilitides cutanées ni de ses plaques muqueuses.

Cependant, M. Fieuzal ne le considère pas encore comme guéri et lui fera prendre, dans quelques mois, encore du mercure ; ce n'est que plus tard, pour prévenir les accidents tertiaires, qu'il le soumettra au traitement par l'iodure de potassium.

A la suite de l'observation précédente, nous devons mentionner un second cas de syphilis palpébrale (plaque muqueuse).

Ulcération syphilitique de la paupière inférieure gauche.

Mme R..., 33 ans, n° 18433, se présente à la consultation le 30 juin 1879 pour un catarrhe conjonctival avec desquamation épithéliale de la cornée et de la conjonctive.

Cette malade a contracté, il y a trois mois, une syphilis caractérisée par un chancre vulvaire, accompagné, six semaines après, d'une éruption papuleuse sur le corps, vers le 15 mai.

Le traitement prescrit par le médecin consista en pilules de protoiodure, pendant quatre semaines, bientôt suivi de l'emploi de l'iodure de potassium ; l'éruption papuleuse fut de très courte durée et fut suivie d'une angine dont l'apparition fit suspendre l'emploi de l'iodure de potassium. En même temps que se déclarèrent les accidents du côté de la gorge, la conjonctive bulbaire du côté gauche s'hyper-

hémie fortement et devient le siège, vers le 25 juin, d'un écoulement qui l'amène à la consultation le 30.

Ce catarrhe avec desquamation épithéliale persistait à peu près sans changement, malgré le traitement, lorsque le 19 juillet notre attention fut attirée sur une plaque à base indurée, avec auréole inflammatoire, formant une élévation sur le bord de la paupière inférieure vers son tiers externe.

Le 21, cette élévation se déprime, s'ulcère, et présente les caractères nettement accusés d'une plaque muqueuse avec suintement et fond grisâtre; les ganglions mastoïdiens et l'état de la gorge ne permettent pas de mettre en doute la nature syphilitique de la plaque muqueuse palpébrale, que la malade du reste ne conteste pas.

Le traitement général est aussitôt repris (pilules de bichlorure), et nous prescrivons en même temps des onctions sur la plaque muqueuse avec de l'onguent napolitain.

Dès le 1^{er} août, l'amélioration est évidente; l'ulcération commence à se combler, et la réparation ne tarde pas à être complète quelques jours après.

Les déformations des cartilages torses, connues sous le nom d'entropion et d'ectropion, les cas si fréquents de distichiasis, de trichiasis, de madarosis, triste terminaison de blépharites, de conjonctivites, et en général d'ophtalmies soignées par des cautérisations mal conduites, sont justiciables d'opérations qui réparent souvent de la plus heureuse façon ces déformations si préjudiciables à l'exercice de la vision.

Dans les cas où quelques cils en petit nombre sont vicieusement implantés, nous nous servons avec avantage de la destruction de ces cils par l'aiguille chauffée avec la pile *Trouvé* et connue sous le nom de polyscope. Mais dès qu'on a affaire à une véritable double rangée de cils ou à un trichiasis partiel ou même très étendu, nous employons depuis plus de dix ans, avec le plus grand succès, un mode opératoire que nous avons décrit page 32 de nos *Fragments d'ophtalmologie*, et auquel nous avons donné le nom de procédé en Z. Il consiste dans la dissection, le long du bord de la paupière, d'un lambeau contenant tous les cils qu'on veut redresser. Ce lambeau est taillé de façon à ce que la pointe corresponde au niveau du premier cil dévié; après cela on fait sur la paupière à 4 ou 5 millimètres du bord palpébral une incision parallèle à ce bord et de l'étendue même du distichiasis; puis on divise par une incision diagonale la peau comprise entre les deux

incisions : cela fait, on dissèque les deux lambeaux triangulaires et on les fixe par quelques points de suture à l'aide de fils très fins, après les avoir fait chevaucher l'un sur l'autre. De cette manière, les cils déviés se trouvent transportés en haut, tandis que le petit lambeau de peau qui a été descendu forme le nouveau bord palpébral.

On laisse les fils en place, et on se borne à un pansement simple. Au bout de douze à quinze jours, les fils tombent, la cicatrice est définitive et la transplantation du sol ciliaire est faite, à la satisfaction du malade, qui se trouve ainsi débarrassé d'une des affections les plus rebelles, les plus pénibles, et ajoutons les plus dangereuses pour l'intégrité de l'épithélium cornéen.

Ce procédé ne diffère pas sensiblement de celui qui a été récemment décrit comme nouveau, dans les Annales d'oculistique par le professeur Gayet, de Lyon. Nous le pratiquons depuis l'année 1875, et la première publication qui le concerne remonte à 1878 (Fragments d'ophtalm.).

RECHERCHES SUR LE CORPS VITRÉ,

Par le Dr Paul HAENSELL.

Les recherches que nous avons eu l'occasion de faire sur l'histologie et l'histogénèse des tissus pathologiques qu'on trouve parfois dans le corps vitré nous ont fait adopter une opinion différente de celle qui est généralement admise encore aujourd'hui.

Voici, en quelques lignes, le résumé de ces recherches que nous nous proposons de publier plus tard avec tout le développement qu'elles comportent.

On sait que le corps vitré des animaux vertébrés adultes consiste en une substance uniforme, transparente, gélatineuse. Malgré le nombre considérable de travaux qui ont été publiés sur l'organisation de corps vitré, on ne peut pas affirmer qu'il contienne des cellules ou des tissus. On prétend, en effet, d'après les recherches les plus récentes que les cellules qu'on trouve dans le corps vitré normal, au lieu d'être la caractéristique de ce dernier, proviennent des vaisseaux de la choroïde et de la rétine. Les systèmes de membranes que Bruecke et d'autres auteurs y avaient cru trouver se développeraient par l'action des agents chimiques conservateurs. Il n'existerait donc pas des éléments de tissus capables de former par prolifération des corpuscules de pus, d'après la théorie de Virchow et de Weber. Mais, d'après Pagenstecher, ces corpuscules seraient de simples leucocytes migrants. Ces derniers seraient aussi l'origine de ces membranes et de ces troubles qu'on découvre parfois par l'examen ophtalmoscopique.

Mes expériences personnelles, que j'ai pratiquées chez le lapin, chez le chat et chez le chien et qui chez ces divers animaux m'ont toujours donné le même résultat, m'ont amené à une opinion diamétralement opposée au sujet de la formation de pus, des troubles et des membranes dans le corps vitré. Nous avons la conviction que le corps vitré n'est pas une masse sans structure, comme on le croirait au premier abord, mais bien qu'il contient les résidus des cellules qui ont servi à son développement embryonnaire. Et nous sommes en droit

d'ajouter que ces résidus n'apparaissent que sous l'influence des irritations et qu'ils sont alors la cause de la formation des cellules purulentes et des abcès.

Comme moyens d'irritation, nous nous sommes généralement servi de fils épais de coton traversant le bulbe des animaux. Quelquefois, comme moyen de contrôle, nous avons employé un autre genre d'irritation mécanique, ou l'irritation produite par des substances chimiques, ou bien encore l'irritation provoquée par le dépôt de pus septique au moyen d'une seringue de Pravaz, nettoyée et désinfectée. Les divers moyens ont toujours provoqué les mêmes effets. Cependant chaque stade était parcouru d'autant plus rapidement, que l'irritation avait été plus forte.

Pour en suivre pas à pas le développement, nous avons énucléé les bulbes irrités à des époques successivement éloignées du début de l'irritation. Nous examinâmes immédiatement une partie de ces bulbes ; l'autre était soumise à un examen ultérieur, après avoir été plongée dans une solution légère d'acide chromique ou d'alcool. Chose étonnante, nous trouvâmes dans ces deux cas le même aspect microscopique.

Il était donc permis de rejeter l'opinion d'après laquelle ces changements sont dus au contact du liquide conservateur. Dans le cas où le corps vitré normal n'avait pas été irrité, on ne pouvait constater de structure ni à l'examen immédiat, ni à l'examen fait après que le corps vitré avait été plongé quelque temps dans le liquide. Ajoutons cependant qu'on trouve une structure caractérisée par ces formations guttiformes qu'on rencontre quelquefois dans le corps vitré à l'état frais. Du reste, nous reviendrons sur ce point dans la suite de notre travail.

Passons maintenant à la description des variations subies par le corps vitré et à celles du développement de ces variations. Nous ne voulons ici considérer que l'influence causée par le fil passé à travers le bulbe, car elle est en substance identique à celle des autres moyens d'irritation, et elle est préférable pour l'observation, à cause de l'évolution plus lente et plus régulière.

Si on énucléé un bulbe soumis à une irritation qui a duré une demi-heure, on aperçoit déjà à l'œil nu, dans le voisinage

immédiat du fil, un trouble léger qui se perd spontanément et, peu à peu, dans le corps vitré, reste encore transparent. On excise un lambeau de cette partie trouble, qu'on étend sur la plaque et qu'on presse en appuyant sur la rondelle supérieure. Cela fait, on peut voir sur le microscope, sur la préparation fraîche ou durcie par l'acide chromique, un réseau excessivement fin, qui se perd insensiblement dans le corps vitré transparent. Ce dernier remplit les interstices du réseau.

Après une irritation d'une heure, les troubles sont plus intenses et plus étendus, mais les parties périphériques paraissent encore transparentes. Au microscope, on retrouve jusque dans la périphérie des parties troubles ce même réseau fin que nous avons constaté dans le voisinage du fil, lorsque l'irritation n'avait duré qu'une demi-heure. A mesure qu'on se rapproche du fil, on trouve un élargissement des mailles du réseau et, par suite, un rétrécissement des interstices dont le contenu se trouve resserré. On voit encore beaucoup de corpuscules clairs et très petits, réunis aux différents points de rencontre des mailles qui convergent en quantité innombrable.

Si on augmente encore la durée de l'irritation, les troubles augmentent en intensité et en étendue, et la totalité du corps vitré est troublée après une irritation de cinq ou six heures.

Si l'irritation dure de douze à seize heures, on trouve dans le corps vitré troublé un foyer circonscrit, d'une blancheur de lait, qui va en se ramollissant et se liquéfiant, de la vingt-quatrième à la trentième heure. Ce qui prouve qu'on a alors affaire à un véritable abcès du corps vitré.

Passons maintenant à l'examen microscopique détaillé :

Si on examine un corps vitré soumis pendant deux ou trois heures à l'influence irritante on trouve, vers la périphérie, l'effet produit par une irritation d'une demi-heure de durée, puis une irritation d'une heure de durée, et plus au centre encore, c'est-à-dire tout autour du fil, l'effet produit par l'irritation de deux ou trois heures de durée.

Ce dernier effet donne lieu à une image microscopique absolument différente des deux premières. Ces mailles, plus épaisses, ont pris une partie de la place occupée auparavant par le corps vitré dans les interstices. Ces mailles présentent un aspect granuleux et elles sont gonflées par place. Leur

contour est ondulé. Les corpuscules des points d'intersection ont gagné en volume, mais ils ont perdu de leur clarté. Ils sont susceptibles d'être colorés par l'hématoxyline avec plus d'intensité que les matières qui les environnent. Aussi sommes-nous en mesure de les considérer comme de vrais noyaux. Cette opinion devient encore plus évidente par l'examen des images microscopiques des environs du fil dans le corps vitré qui ont subi une irritation de cinq à six heures. Dans ces derniers on trouve, à côté de ce que nous prétendions être des noyaux, une espèce de noyaux intermédiaire entre ceux-ci et les noyaux véritables qui sont placés au milieu d'un protoplasma granuleux. Celui-ci est formé par l'agglomération des mailles gonflées. La preuve en est, qu'on peut suivre les mailles jusqu'au protoplasma des nouvelles cellules. Quelques-unes de ces cellules sont isolées par une couche linéaire d'un aspect différent du voisinage.

Si on continue l'irritation de douze à seize heures, les foyers blancs de lait sont composés exclusivement de ces cellules. Si on la prolonge jusqu'à vingt-quatre ou trente heures, les foyers contiennent déjà du pus véritable.

Cependant il nous semblerait que la suppuration n'est pas toujours la terminaison inévitable de ce processus, à en juger par les recherches faites dans les yeux ayant subi des traumatismes du corps vitré. On dirait que les cellules se transforment tantôt en corps vitré normal. Ce qui nous a amené à adopter cette opinion, c'est l'existence d'une espèce particulière de cellules dans le vitreum lésé, dont le protoplasma était transformé en une masse vitreuse contenant des noyaux vers sa périphérie. Parfois, ces noyaux sont environnés d'une couche de protoplasma normal. Parfois aussi, on voit le protoplasma normal contenant par places des masses vitreuses. Enfin, il existe des corps ne contenant que de la matière vitreuse. Dans cette dernière forme, on découvre parfois encore des résidus de noyaux.

Nos recherches sur l'œil humain énucléé par suite de traumatisme ont augmenté encore nos connaissances sur la nature spéciale de ces cellules. Elles nous ont prouvé qu'il existait un grand nombre de ces formations guttiformes pareilles à celles qu'on trouve chez les très jeunes lapins. Avec une

faible solution de gentiane, on réussit à faire voir dans une de ces gouttes des noyaux auxquels une faible pression sur la rondelle imprimait des mouvements au milieu de la masse molle dont la goutte est composée.

On croirait au premier abord que l'on a affaire à une transformation des cellules en une substance muqueuse, contenant encore des débris de protoplasma qui peuvent, dans des conditions spéciales, revenir à leur forme primitive.

Nous avons vu : 1° que dans ce corps vitré qui paraît sans structure il se forme d'abord un réseau des mailles fixes, dont les points d'intersection contiennent des corpuscules brillants; 2° que les gonflements des mailles produisent le rétrécissement des interstices; 3° que ces mailles prennent un aspect granuleux et qu'elles se fondent en une masse entourant un noyau cellulaire, résultant du développement graduel des corpuscules brillants. Ne sommes-nous donc pas en droit de conclure qu'il s'est formé une véritable cellule?

Nous avons enfin montré comment s'effectuent les transformations de ces cellules en une substance paraissant uniforme et sans structure comme est le corps vitré normal. Mais nous devons bien nous pénétrer de ceci, que les observations ont été faites dans des séries d'yeux soumis à des durées de plus en plus longues d'irritation; que, dans les dernières séries, on peut retrouver toutes les phases à travers lesquelles ont évolué les séries précédentes et toutes les transformations que nous avons décrites en dernier lieu.

Nous avons remarqué que, entre nos recherches anatomo-pathologiques et les recherches sur l'embryogénie du corps vitré, il y avait beaucoup de points communs; aussi avons-nous été amenés à étudier l'évolution de ce milieu. Nous dirons seulement à ce propos que nous n'avons pas encore terminé les études que nous avons entreprises sur la ressemblance frappante qui existe entre le corps vitré irrité et le corps vitré normal des embryons et des jeunes sujets, mais dans un ordre renversé.

On sait que la première apparition du corps vitré se fait par une prolifération de cellules provenant du mésoderme et ayant à l'origine le caractère et l'aspect de cellules mères embryonnaires. Dans le cours du développement ultérieur et

successif, une partie des cellules sert à constituer les parois des vaisseaux embryonnaires du corps vitré. Une autre partie des cellules emploie son protoplasma à la transformation en masse du corps vitré transparent, et cela grâce à des combinaisons chimiques encore inconnues pour la science. A la fin de la période embryonnaire et dans le premier stade qui suit la naissance, les cellules formant les parois disparaissent en subissant aussi cette transformation en substance muqueuse, ce qui se fait d'une façon très lente. On voit d'abord paraître dans le protoplasma des parties claires s'élargissant petit à petit et laissant entre elles des résidus filamenteux de protoplasme.

Ces noyaux cellulaires deviennent de plus en plus petits, perdent leur aspect granuleux et se transforment enfin en corpuscules brillants qui forment les points d'intersection des mailles protoplasmiques. Celles-ci deviennent de plus en plus fines jusqu'à ce qu'elles disparaissent, ce qui arrive chez le lapin le quatorzième ou vingtième jour après la naissance. C'est à cette époque qu'on trouve les gouttes claires déjà décrites que l'on ne rencontre jamais chez les adultes.

Peut-être serait-il utile, à la fin de cette étude, de dire un mot d'un corps vitré que nous avons eu l'occasion d'étudier dans un œil d'enfant. On pouvait distinguer au microscope un riche réseau de ces mailles protoplasmiques dont les points d'intersection contenaient eux-mêmes de véritables noyaux susceptibles d'une forte coloration par l'hématoxyline.

Il y avait donc retard dans l'évolution. Cependant cet œil ne paraissait pas d'une façon certaine sous le coup d'un état pathologique ou d'un arrêt de développement dont les processus sont identiques, comme les expériences précédentes semblent le prouver.

ÉTUDE SUR LA KÉRATITE A HYPOPYON,

Par M. Saint-MARTIN, interne du service.

Parmi les malades qui se sont présentés à la clinique nationale des Quinze-Vingts atteints de kératites à hypopyon, un certain nombre de faits nous ont paru présenter assez d'intérêt soit au point de vue de l'aspect et de la marche de la maladie, soit au point de vue de la thérapeutique de cette affection, pour en faire l'objet de ce travail.

La kératite à hypopyon est généralement regardée comme une maladie grave, capable d'amener des complications dont le malade ne sort pas toujours indemne, et entraînant quelquefois la perte de l'œil. Certes, pour notre part, nous ne voulons pas en nier la gravité et nous avons vu souvent l'énucléation devenir nécessaire à la suite de certaines formes de kératite à hypopyon, mais, dans le plus grand nombre des cas, l'affection ne revêt pas ce caractère de gravité, et nous sommes convaincu que par un traitement approprié, sans intervention chirurgicale, un certain nombre ou mieux certaines variétés de kératites à hypopyon peuvent être guéries dans une moyenne de huit à dix jours sans laisser de traces. En nous appuyant sur les observations que nous avons prises et sur les études auxquelles nous avons pu nous livrer, nous espérons contribuer à démontrer que la kératite à hypopyon n'est pas une affection simple, mais bien au contraire complexe, se présentant sous plusieurs formes, les unes bénignes, les autres entraînant avec elles des complications plus ou moins dangereuses, et que le traitement soit médical, soit chirurgical, doit être sûrement et promptement appliqué, de telle manière dans tel cas, de telle autre manière dans tel autre cas.

Les kératites à hypopyon sont simples ou infectieuses. Parmi les premières, nous distinguerons les kératites à hypopyon, se compliquant d'iritis et celles plus graves encore ayant pour terme l'irido-choroïdite. Dans la seconde variété nous étudierons les kératites infectieuses survenant à la suite

de maladies générales graves atteignant profondément l'organisme, et les kératites liées à une affection des voies lacrymales, larmoiement ou dacryocystite.

Dans ces différentes formes de kératites à hypopyon, le début est toujours le même, les suites seules diffèrent suivant le terrain sur lequel évolue l'accident initial. Toute kératite à hypopyon débute par un abcès de la cornée. Cet abcès, d'abord superficiel, peut envahir rapidement le tissu propre de la cornée et enflammer la membrane de Descemet, s'il rencontre chez l'individu atteint un terrain favorable à son développement et si, dès l'apparition du mal, aucun soin n'a été donné. L'hypopyon est relativement rare par rapport au nombre d'abcès de la cornée; sur une moyenne de cent malades atteints d'abcès, c'est à peine si nous en rencontrons quatre avec de l'hypopyon et, la plupart du temps, ce sont des malades à constitution faible, délicate, chez lesquels la maladie a d'autant plus de prise que l'organisme est plus débilité. Chez ces malades, l'hypopyon apparaît rapidement; dès le second ou troisième jour après le début de l'abcès. Au contraire, chez les personnes à constitution vigoureuse, la marche de la maladie est beaucoup moins rapide, les membranes limitantes résistent beaucoup plus longtemps, la membrane de Descemet ne s'enflamme point et le malade a le temps de recevoir tous les soins nécessaires avant que l'hypopyon n'apparaisse; de plus, la réparation se fait beaucoup plus vite. On ne comprendrait pas sans cela pourquoi tout abcès, qui logiquement devrait se compliquer d'hypopyon, se déterge et guérit le plus souvent avant l'apparition du pus dans la chambre antérieure.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la manière dont se forme le pus dans la chambre antérieure, et bien des théories ont été mises en avant pour l'expliquer. Dans une observation que nous rapportons plus bas, toute entière, au sujet d'une kératite à hypopyon compliquée d'iritis et pour laquelle M. le Dr Fieuzal ne crut pas devoir se borner à une paracentèse, mais résolut de pratiquer une iridectomie, le pus, rassemblé à la partie déclive de la chambre antérieure, s'échappa au dehors au moment de la kératotomie, entraîné par l'humeur aqueuse. La chambre antérieure, vide de pus,

on pouvait se borner à cette large paracentèse, mais l'iris était fixé à la capsule par des adhérences, et pour des motifs tirés de la pratique, M. le Dr Fieuzal ne se borna pas à la paracentèse et pratiqua l'iridectomie. Or, qu'arriva-t-il ? Immédiatement après la section de l'iris, une quantité de pus tout aussi considérable, occupant la chambre postérieure et retenue par les adhérences irido-capsulaires, se présenta au niveau de la pupille artificielle, d'où il fut facile au moyen du massage de l'évacuer au dehors.

Ce fait semble venir à l'appui de l'opinion de Stromeyer, qui pense que les leucocytes proviennent directement du plexus vasculaire qui entoure la chambre antérieure et peut-être aussi des vaisseaux de l'iris. Il n'est pas, en effet, possible d'admettre que le tissu irien se laisse traverser par le pus occupant la chambre antérieure. Le cas que nous avons rapporté et beaucoup de cas analogues ont été observés par M. le Dr Fieuzal et lui paraissent réclamer l'iridectomie de préférence à des paracentèses. Fort heureusement la plupart de kératites à hypopyon ne se compliquent pas d'iritis, et dans ces cas la chambre postérieure ne contient pas de pus, de sorte qu'il nous paraît nécessaire d'admettre en même temps la théorie de Conheim sur la migration des leucocytes traversant directement les lames de la cornée, comme ils traversent les parois des vaisseaux.

Avec l'abcès et l'hypopyon, l'humeur aqueuse est trouble, l'iris contracté, l'injection périkeratique, la photophobie peu intense, les douleurs très peu vives, la tension est légèrement abaissée dans la plupart des cas. Ce qui nous a surtout frappé dans cette forme, c'est l'immobilité de la membrane irienne, qui résiste à tous les mydriatiques sans que nous ayons été cependant en droit de dire qu'il y ait eu iritis. Tant que le pus ne s'était pas résorbé, l'iris restait contracté spasmodiquement, irrité par le contact du pus, mais dès que, sous l'influence du traitement, les conditions de circulation et de tension étaient modifiées, que l'humeur aqueuse avait repris sa limpidité, dès que toute trace de pus avait disparu, une simple goutte de collyre à l'atropine suffisait pour dilater au maximum la pupille. Pour que l'hyperhémie de l'iris prenne les caractères d'une iritis, il faut qu'il s'y ajoute un symptôme

essentiel, la production d'un exsudat ou, dans certains cas, l'hypergenèse des éléments du tissu cellulaire. Or, ici, pas de trace d'exsudats et dilatation pupillaire complète et régulière sous l'influence d'une goutte d'atropine, dès que l'iris n'était plus irrité. Par conséquent, nous croyons que cette contraction spasmodique de la pupille est sans importance dans le pronostic de la maladie, et qu'il faut se garder de la confondre avec celle qui résulte d'une iritis qui, au point de vue thérapeutique, pourrait conduire à une intervention qui doit être réservée pour d'autres cas.

OBSERVATIONS.

Obs. I. — Enfant D..., 4 ans, n° 17689. Se présente le 20 juin, atteint d'abcès de la cornée depuis deux jours, d'hypopyon depuis le matin seulement. Injection périkeratique légère. Pupille contractée. Pas de photophobie ni d'épiphora. Tension normale. L'enfant ne souffre pas. Impétigo de la face et du cuir chevelu. Engorgement ganglionnaire. L'enfant reste à la Clinique pendant une heure. On instille dans l'œil une goutte de duboisine toutes les dix minutes, sans résultat. Bandeau compressif. Compresses chaudes de camomille. Sirop antiscorbutique.

25 juin. Résorption complète de l'hypopyon. Dilatation maxima de l'iris.

Guérison complète de l'abcès et de l'ulcère consécutif le 30 juin.

Obs. II. — Enfant R..., 17 mois, n° 17726. Oeil droit : ulcère de la cornée avec hypopyon.

21 juin. Malade depuis quatre jours. Rachitisme. L'ulcère est vaste, mais l'hypopyon peu considérable. Tension normale. Instillation d'atropine sans résultat. Bandeau compressif, que l'enfant garde consécutivement pendant 24 heures.

Le 23. Résorption complète de l'hypopyon. Suppression du bandeau compressif. Camomille.

Le 27. L'iris étant dilaté au maximum, une légère hernie de la membrane de Descemet pointe au centre de l'ulcère. Nouvelle application du bandeau compressif. Esérine.

Guérison complète le 2 juillet.

Obs. III. — Enfant C... (Edouard), 3 ans, n° 17500.

12 juin. Oeil gauche. Ulcère de la cornée avec hypopyon. Légère hypotonie. Malade depuis quatre jours. Hypopyon depuis la veille. Instillation d'une goutte d'atropine toutes les dix minutes, pendant

une heure, sans résultat ; la contraction de la pupille persiste. Bandeau compressif.

Le 13. L'hypopyon a diminué de volume. Malgré l'instillation de six gouttes de duboisine, la contraction pupillaire reste la même.

Le 15. Résorption complète de l'hypopyon ; la pupille se dilate moyennement par l'instillation d'une seule goutte d'atropine. Le bandeau compressif est cessé pendant la journée. Compresses chaudes de camomille. Pulvérisations phéniquées. Pommade iodoforme avec bandeau de flanelle pour la nuit.

Le 24. Guérison complète de l'ulcère. Aucun exsudat n'existe sur la cristalloïde antérieure ; le champ pupillaire est limpide.

Obs. IV. — M. L... (Claude), 64 ans, n° 16857.

18 mai. Œil gauche : ulcère de la cornée avec hypopyon. Il y a trois jours, implantation d'une paillette de fer dans la cornée de l'œil malade. Extraction du corps étranger par un de ses camarades au moyen d'une épingle. Douleurs vives consécutives. Hypopyon depuis douze heures. Injection périkeratique assez violente ; contraction de la pupille, imminence d'iritis. Instillation d'une goutte d'atropine toutes les dix minutes, pendant une heure, sans résultat appréciable. Nettoyage complet des culs-de-sac conjonctivaux, au moyen de pulvérisations phéniquées. Bandeau compressif.

Le 19. Résorption du pus. Les douleurs ont disparu, l'injection périkeratique a diminué d'intensité. L'instillation de quelques gouttes de duboisine détermine une dilatation moyenne de la pupille. Continuation du bandeau pendant la nuit. Compresses chaudes de camomille.

Guérison complète le 25 mai.

Obs. V. — Enfant C..., 16 mois, n° 19381.

28 août. Diagnostic. Œil gauche : ulcère central de la cornée avec hypopyon. Malade depuis trois jours. Hypopyon depuis la veille. Atropine. Bandeau compressif.

Le 29. L'hypopyon est réduit à la moitié de son volume. Pas de dilatation de la pupille.

Le 30. L'hypopyon a presque totalement disparu, l'humeur aqueuse est encore trouble.

Le 31. Dilatation pupillaire complète. Résorption du pus. L'humeur aqueuse est limpide. Vascularisation de l'ulcère. Camomille. Iodoforme.

10 septembre. Guérison de l'ulcère.

Obs. VI. — Enfant F... (Charles), 6 ans.

29 août. Diagnostic. Œil droit. Vaste abcès central de la cornée avec hypopyon et tendance à l'iritis.

Instillation immédiate de huit gouttes de duboisine, à dix minutes d'intervalle, sans résultat. Pansement compressif.

Le 30. L'hypopyon a diminué. Continuation du traitement.

Le 31. L'enfant a souffert pendant la nuit. L'hypopyon a augmenté.

1^{er} septembre. Pas de dilatation irienne. Etat stationnaire du pus dans la chambre antérieure. Les douleurs sont cependant moins vives. Pas d'amélioration ni de progrès dans la marche de la maladie jusqu'au 5 septembre. A cette date, l'hypopyon était diminué de moitié, et, le lendemain, il avait complètement disparu.

Le 8. La dilatation pupillaire était obtenue. Pas de traces d'exsudats.

Guérison de l'abcès le 10 septembre.

Obs. VII. — Enfant Q... (Eugène), 4 ans, n° 19384.

28 août. Diagnostic. Abcès central de la cornée avec hypopyon dant de trois jours. Instillation de six gouttes d'atropine. Pansement compressif.

3 septembre. Résorption complète du pus. Dilatation pupillaire.

Le 8. Guérison de l'abcès.

Obs. VIII. — Enfant H... (Georges), 14 mois, n° 19709.

11 septembre. Diagnostic. Ulcère de la cornée avec hypopyon dant de 24 heures. Le traitement ordinaire est immédiatement institué.

Le 20. Disparition de l'hypopyon.

Le 25. Guérison de l'ulcère.

Les observations qui précèdent nous paraissent de nature à démontrer que les kératites à hypopyon, caractérisées par l'abcès, l'hypopyon, la contraction spasmodique de l'iris, l'absence de photophobie, et par une injection périkeratique légère sans douleurs, peuvent guérir dans une moyenne de dix à quinze jours, par la seule application d'un bandeau de flanelle sur un tampon d'ouate, sans qu'il soit nécessaire de pratiquer la paracentèse. La compression, immobilisant l'œil, provoque la résorption du pus; de plus, la chaleur douce et uniforme, obtenue par la flanelle et l'ouate, favorise la réparation de l'abcès et de l'ulcère consécutif.

La kératite à hypopyon non infectieuse se complique quelquefois d'iritis, complication toujours dangereuse, vu les connexions intimes de la membrane irienne avec le corps ciliaire, et par l'intermédiaire du corps ciliaire avec les autres membranes et les milieux de l'œil. La kératite se compliquant

d'iritis, des douleurs violentes surviennent, un chémosis séreux, blafard, environne le cercle cornéen, l'iris grisâtre se gonfle, devient tomenteux, l'humeur aqueuse rend impénétrable les milieux de l'œil, l'hypopyon augmente rapidement. Des adhérences irido-capsulaires s'établissent, interrompant toute communication entre les deux chambres, et, si on ne se hâte pas d'ouvrir un passage au pus que renferme la chambre postérieure, l'œil est fatalement perdu. Il ne faut pas alors temporiser et user des traitements palliatifs. Les paracentèses répétées sont trop souvent impuissantes, et M. Fieuzal leur préfère une iridectomie périphérique dans le but d'évacuer le pus de la chambre antérieure, et aussi de diminuer la tension de l'œil en rétablissant la communication des deux chambres et en fournissant une issue au pus emprisonné dans la chambre postérieure. Il est fréquent de constater qu'après l'iridectomie les phénomènes généraux s'amendent, les douleurs diminuent d'intensité et l'humeur aqueuse reformée après la cicatrisation de la plaie est beaucoup moins trouble. Dès le second jour, les fumigations chaudes avec une infusion de camomille deviennent utiles pour la réparation de l'ulcère. Il est aussi utile d'insister sur le traitement général, qui devra être tonique. Une bonne alimentation, le vin de quinquina, les préparations iodées et ferrugineuses concourront à la guérison. Les différentes causes de débilitation seront écartées. En un mot, on améliorera le plus possible les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouve le malade.

Obs. IX. — M. J..., 62 ans, n° 18413, 20 juillet 1883. Diagnostic. O.G. Ulcère de la cornée à hypopyon avec iritis.

Traitement. Paracentèse et bandeau compressif.

23 juillet. Le pus s'étant renouvelé, on pratique une iridectomie (kératotomie supérieure). Le pus sort par les lèvres de la plaie.

24 juillet. Le malade a passé une bonne nuit, sans douleurs. Douze heures après l'opération, cicatrisation de la plaie. Reformation de la chambre antérieure. Un épanchement de sang dans la chambre antérieure, consécutif à l'opération, est en partie résorbé.

15 juillet. Le pus ne s'est pas renouvelé, l'humeur aqueuse est moins trouble. Compresses chaudes, pansements phéniqués fréquents pendant la journée, et pommade d'iodoforme avec bandeau compressif pour la nuit.

26 juillet. Champ pupillaire limpide.

Guérison complète le 9 août,

Obs. X. — M. C..., n° 18085, 20 juillet 1883. O. G. Kérato-iritis avec hypopyon, tension normale.

Traitement. — Atropine, compresses chaudes de décoction de pavot, bandeau compressif.

23 juillet. Aggravation de la maladie. Les douleurs deviennent plus vives, l'hypopyon a augmenté, la tension s'élève. Incision de Sœmisch. Le pus est entraîné par l'humeur aqueuse à travers les lèvres de la plaie.

24 juillet. Les douleurs ont disparu. La chambre antérieure est reformée. Coaptation des lèvres de la plaie, qu'on écarte de nouveau avec un stylet mousse.

25 juillet. Douleurs très vives pendant la nuit. Enclavement de l'iris dans les lèvres de la plaie. Hypopyon. Une iridectomie est pratiquée; une quantité de pus aussi considérable que celle renfermée dans la chambre antérieure apparaît au niveau de la pupille artificielle, venant des parties déclives de la chambre postérieure. On l'entraîne au dehors au moyen de massages.

26 juillet. Aucune douleur n'a été ressentie depuis l'opération. La chambre antérieure est reformée, la plaie cicatrisée.

27 juillet. Chambre pupillaire limpide.

Guérison complète le 6 août.

Obs. XI. — M. P..., Henri, 36 ans, n° 17845, 26 juin 1883. Diagnostic. O. G. Absès de la cornée avec hypopyon et iritis concomitante.

Traitement. — Atropine, bandeau compressif.

28 juin. L'hypopyon persiste. Large paracentèse pratiquée par M. le Dr Fieuzal. Malgré l'issue de l'humeur aqueuse, le pus concret reste dans la chambre antérieure; il est enlevé au moyen d'une pince à griffe.

2 juillet. Le pus s'est renouvelé peu à peu malgré le traitement méthodique, l'iris reste contracté, la tension est au-dessus de la normale, et le malade souffre. Kératotomie supérieure. Iridectomie.

3 juillet. Le malade a bien dormi pendant la nuit, les douleurs ont complètement disparu. Au premier pansement, douze heures après l'opération, on constate la reformation de la chambre antérieure, la cicatrisation de la plaie; tension au-dessous de la normale.

4 juillet. Très bon aspect de l'œil; tension normale. Pupille et humeur aqueuse limpides.

Les jours suivants, l'état de l'œil s'améliore de plus en plus; l'ulcère se répare sous l'influence des compresses chaudes d'infusion de camomille et de la pommade à l'iodoforme.

Guérison complète le 20 juillet.

Obs. XII. — M^{me} R..., Honorine, 72 ans, n° 8515, 29 mars 1883. Diagnostic. O. G. Kérato-iritis avec hypopyon. Paracentèse le même jour.

31 mars. Le pus s'est renouvelé, l'ulcère de la cornée s'étend.

3 avril. Kératotomie supérieure. Iridectomie.

5 avril. La chambre antérieure est reformée, la plaie cicatrisée. Le pus ne s'est plus renouvelé.

6 avril. Vaisseaux de nouvelle formation au pourtour de l'ulcère.

15 avril. Guérison complète.

La complication la plus grave de la kératite à hypopyon non infectieuse est sans contredit l'irido-choroïdite. Soit que le malade n'ait pas reçu des soins rapides, soit qu'il se trouve dans des conditions de cachexie très avancée, soit qu'il existe chez certains individus une prédisposition particulière aux divers phlegmons, l'inflammation irienne gagne les membranes profondes de l'œil.

Les symptômes observés sont les mêmes que dans la kératite avec iritis, seulement beaucoup plus intenses. La tension oculaire augmente rapidement et détermine des douleurs très vives. Malheureusement, la thérapeutique reste souvent désarmée, et l'organe est fatalement perdu pour la vue, si encore une énucléation ne devient nécessaire. Comme dans l'iritis, l'iridectomie et une large iridectomie doit être pratiquée sans retard, les émissions sanguines à la tempe au moyen des ventouses de Heurteloup, les frictions mercurielles aideront énergiquement à la résolution de la phlegmasie. Les jours suivants, des paracentèses répétées pourront être très utiles, pour évacuer le pus reformé et diminuer la tension oculaire dans le cas rapporté ci-dessous. M. le Dr Fieuzal en a obtenu de très bons résultats.

Obs. XIII. — M. M..., 35 ans, n° 17360, 6 juin. O. G. Kérato-iritis avec hypopyon, hypotonie bien caractérisée. Bandeau compressif Camomille, eau phéniquée. Atropine. Jusqu'au 18 juin alternative de bien et de mal dans l'état de l'œil.

18 juin. L'hypopyon ayant rapidement augmenté depuis la veille, on pratique une paracentèse.

20 juin. Douleurs très vives après l'opération. Injection périkeratique interne. Hypotonie. Le pus s'est renouvelé. Kératotomie supérieure. Iridectomie.

21 juin. Les douleurs ont un peu diminué, la chambre antérieure est reformée, l'humeur aqueuse toujours trouble, la cornée grisâtre. Chémosis séreux, blafard.

22 juin. Les phénomènes inflammatoires n'ont pas augmenté, mais les milieux de l'œil sont toujours impénétrables. La douleur persiste toujours, moins forte cependant qu'avant l'iridectomie.

23 juin. Le malade a beaucoup souffert pendant la nuit ; le tiers inférieur de la chambre antérieure est encore occupé par du pus. Ventouses saignantes à la tempe. Frictions mercurielles. Compresses chaudes de pavot.

24 juin. Le pus n'ayant pas diminué, M. Fieuzal pratique une paracentèse.

25 juin. Les douleurs ont disparu, et, sauf un chémosis très intense, l'œil ne présente pas le mauvais aspect de la veille. Scarifications du chémosis. nouvelle émission sanguine à la tempe. Continuation des frictions mercurielles. Compresses chaudes.

26 juin. Diminution du chémosis, la rougeur violacée de la sclérotique a diminué, le malade ne souffre pas. Hypotonie.

27 juin. La cornée est moins trouble, mais les milieux de l'œil sont toujours impénétrables.

28 juin. Tension un peu plus élevée que la veille ; l'ulcère semble se réparer, l'hypopyon n'a plus reparu. Dès ce jour les phénomènes inflammatoires cèdent au traitement, la tension redevient normale, l'ulcère se cicatrise, mais l'acuité visuelle est considérablement amoindrie. Troubles du corps vitré.

La seconde classe des kératites à hypopyon est nettement délimitée par le caractère infectieux qu'elle présente. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans cette forme de kératite, c'est la rareté des complications irido-choroïdiennes, du moins primitives ; l'affection siège presque exclusivement dans la cornée, elle tombe en sphacèle par places ou complètement, toujours avec une rapidité extrême, dans certains cas, avant même l'apparition de l'hypopyon. Il ne paraîtra pas inutile d'insister sur l'état général du malade. C'est le plus souvent, pour ne pas dire toujours, chez les personnes affaiblies par les privations de toutes sortes ou surmenées par un excès de travail, chez les personnes relevant de couches difficiles et pénibles, que l'on rencontre la kératite infectieuse, avec ses conséquences les plus funestes. La syphilis, la tuberculose, les fièvres paludéennes ne seraient pas, suivant nous, étrangères à l'éclosion des kératites infectieuses. La maladie se termine presque toujours par un leucome adhérent, ou partiel ou total.

Certainement, plus tard, les cicatrices irido-cornéennes peuvent donner lieu à des irido-choroïdites glaucomateuses, mais cela après que l'évolution de la kératite infectieuse est elle-même terminée depuis longtemps.

La kératite infectieuse, de toutes la plus grave, est, sans

contredit, celle qui est liée à une affection des voies lacrymales, à un larmolement et surtout à une dacryocystite. Dans ce cas, la maladie marche avec une telle rapidité, qu'il est rare qu'un traitement, quelque énergique qu'il soit, puisse enrayer le mal. Le pus de la dacryocystite favorise la mortification de la cornée, et il n'est pas rare de voir une cornée, intacte auparavant, présenter rapidement des plaques de nécrose et finalement tomber complètement en sphacèle trente-six heures après. En pareil cas, si le traitement, tel que le pratique M. Fieuzal, peut être institué dès le début de la maladie, à savoir le cathétérisme des voies lacrymales, après le débriement du point supérieur, et les injections antiseptiques dans le canal nasal, tout peut encore être sauvegardé et les pulvérisations phéniquées, pratiquées toutes les demi-heures, peuvent rendre de réels services; mais pour peu que l'abcès augmente de volume, que la chambre antérieure contienne du pus, une large iridectomie, après une kératotomie scléroticale, deviendra rapidement nécessaire. Si l'on est assez heureux pour enrayer la marche de la maladie, des pansements occlusifs, après avoir mis de la pommade à l'iodoforme, entre les paupières, hâteront la réparation de l'ulcère. Dans ces cas, où la septicité joue le plus grand rôle, l'iodoforme nous a réellement donné de très bons résultats.

Obs. XIV.—M^{me} M..., Clémence, 23 ans, 16 juin. O.G. Ulcère de la cornée avec hypopyon.

Début de l'affection il y a quatre jours. Accouchement huit jours auparavant. Enfant bien portant; mère pâle, fatiguée, considérablement amaigrie depuis qu'elle est enceinte. Perte abondante pendant l'accouchement.

Cornée, trouble, infiltration purulente dans les lames de la cornée. Hypopyon. Chémosis dur, violacé. Tension légèrement élevée. Douleurs très vives. Esérine, eau phéniquée, camomille.

18 juin. L'infiltration purulente s'est étendue, le chémosis a augmenté, ainsi que l'hypopyon. Incision de Scemisch pratiquée par M. Fieuzal, le jour même. Bonne alimentation. Extrait de quinquina. Repos absolu au lit.

19 juin. Cicatrisation de la plaie. L'hypopyon ne s'est pas reproduit. Tension normale. Camomille. Eau phéniquée. Scarifications du chémosis.

20 juin. Nouvelle incision de Scemisch ou plutôt réouverture de la plaie.

21 juin. Reformation de la chambre antérieure. Cicatrisation de la plaie. Bon aspect de l'œil. Tension normale. Nouvelles scarifications, pansements phéniqués fréquents, compresses chaudes de camomille. Continuation du traitement général.

22 juin. L'ulcère ne s'étend plus, l'hypopyon ne s'est pas renouvelé. Atropine et pansement avec de la pommade à l'iodoforme.

23 juin. Bonne dilatation de la pupille. Réparation de l'ulcère.

Depuis, la guérison s'accroît tous les jours; une taie centrale persiste seule un mois après.

Obs. XV. — M. R..., Etienne, 65 ans, 18537, 25 juillet. O.D. Ulcère de la cornée très vaste avec troubles de l'humeur aqueuse. L'hypopyon n'est pas encore bien caractérisé. Pupille contractée. Douleurs très vives. Tension normale. Début de la maladie il y a vingt-quatre heures. Cachexie sénile très prononcée. Diathèse syphilitique et rhumatismale.

Kératotomie supérieure et iridectomie le même jour. Bonne alimentation. Extrait de quinquina.

26 juillet. Les douleurs ont disparu, mais la plaie n'est pas encore cicatrisée.

Bandeau compressif après le lavage et les pulvérisations fréquentes de solution phéniquée.

27 juillet. Reformation de la chambre antérieure. Trouble de l'humeur aqueuse, L'ulcère gagne en étendue. Pommade iodoforme.

28 juillet. Même état de l'œil. La sécrétion catarrhale est moindre cependant.

30 juillet. Quelques vaisseaux de nouvelle formation apparaissent autour de l'ulcère.

15 août. Cicatrisation de l'ulcère. Taie consécutive.

Obs. XVI. — M. M..., Jean, 62 ans, n° 18442.

10 juillet. O. D. Ulcère de la cornée avec hypopyon. Dacryocystite double.

Traitement immédiat. — Pulvérisations phéniquées. Cathétérisme des voies lacrymales par le point supérieur. Instillation de sulfate neutre d'ésérine. Bandeau compressif.

11 juillet. L'hypopyon a augmenté. Paracentèse; malgré les pulvérisations antiseptiques fréquentes, les compresses chaudes, et le bandeau compressif avec la pommade iodoforme, le pus se reproduit et l'ulcère augmente en étendue et en profondeur.

16 juillet. Kératotomie supérieure. Iridectomie.

17 juillet. La chambre antérieure est reformée, la plaie cicatrisée, l'humeur aqueuse est trouble. Dans la soirée, on constate qu'il n'y a plus de chambre antérieure, que la cornée est perforée, et qu'un enclavement de l'iris s'est produit. Le malade ne souffre pas.

Pendant deux jours, l'œil présente le même aspect, puis le sphacèle de la cornée se limite, des vaisseaux de nouvelle formation apparaissent; la chambre antérieure se reforme partiellement au niveau de la pupille artificielle, et le malade, après sa grave affection, conserve l'œil avec un leucome adhérent.

Obs. XVII. — M. Pelletier, 46 ans, n° 20142. Diagnostic. 28 septembre. O. D. Vaste ulcère de la cornée avec hypopyon. Dacryocystite. L'affection des voies lacrymales remonte à six ans. Début de l'affection cornéenne il y a six jours.

Traitement. — Débridement du point lacrymal supérieur. Pulvérisations antiseptiques. Bandeau compressif avec iodoforme en pomade.

29 septembre. Sphacèle de la moitié inférieure de la cornée.

1^{er} octobre. Perforation de la cornée, hernie des membranes profondes de l'œil.

2 octobre. Panophtalmie. Douleurs excessivement vives. Cataplasmes.

3 octobre. Les douleurs n'ayant pas cessé, on ouvre le phlegmon par une incision cruciale.

Obs. XVIII. — M. F..., Honoré, 56 ans, n° 9753.

30 mai 1882. O. G. Vaste ulcère de la cornée avec hypopyon. Larmoiement de l'œil droit avec fistule lacrymale et dacryocystite à gauche. Traumatisme sur l'œil gauche, il y a huit jours. Débridement du point lacrymal supérieur. Paracentèse.

2 juin. Douleurs très vives. Malgré le traitement, le pus, qui n'avait pas reparu le premier jour, occupe tout le champ pupillaire. La plaie, cicatrisée le premier jour, s'est ouverte de nouveau et le pus de la dacryocystite, compliquant l'ulcère, la nécrose atteint la presque totalité de la cornée.

5 juin. Panophtalmie. Douleurs violentes. Incision cruciale.

Obs. XIX. — M^{me} G..., 64 ans, n° 10120.

16 juin 1882. O. D. Ulcère de la cornée avec hernie de la membrane de Descemet et hypopyon. Dacryocystite aiguë remontant à huit jours.

16 juin. Débridement par le point supérieur. Bandeau compressif.

19 juin. Paracentèse. Pas de résultat.

21 juin. Iridectomie. Malgré l'iridectomie, une perforation de la cornée a lieu le surlendemain. Leucome adhérent consécutif.

10 janvier 1883. Des douleurs étant survenues, une énucléation est devenue nécessaire.

TECHNIQUE MICROSCOPIQUE DE L'ŒIL,

Par le Dr E. BINET, chef du laboratoire.

Placé à la tête du laboratoire des Quinze-Vingts, où nous avons à notre disposition des moyens d'investigation de toutes sortes et des matériaux en grand nombre, nous avons pensé qu'il serait peut-être utile de faire connaître les procédés généralement appliqués à l'étude de l'anatomie pathologique de l'œil. Jusqu'ici peu de choses ont été faites sur ce sujet ; les travaux entrepris par les différents auteurs, qui se sont occupés de l'anatomie de l'œil, traitent surtout de telle ou telle partie de l'appareil de la vision. Le besoin d'une technique histologique de l'œil se faisait donc sentir.

Nous avons l'intention, dans ce petit travail, de résumer les divers procédés appliqués à l'étude de l'anatomie de l'œil, normale ou pathologique, et de tracer la marche à suivre dans l'examen microscopique de l'organe de la vision.

La technique microscopique de l'œil employée au laboratoire des Quinze-Vingts est d'une grande simplicité. Toutes les recherches ayant surtout pour but de contrôler le diagnostic et d'éclairer le pronostic, il n'est pas nécessaire de recourir à une variété infinie de méthodes : une seule suffit, du moment qu'elle est jugée bonne ou du moins qu'elle donne des résultats satisfaisants. Le travail n'en est que plus facile, et aussi plus rapide. Du reste, la méthode que nous employons est celle qui est généralement adoptée par tous les histologistes ; elle n'en diffère que par quelques petites nuances que nous nous proposons d'indiquer chemin faisant.

Notre travail comprendra deux parties : 1° l'étude de l'œil en général, ou dans son ensemble, et 2° les cas particuliers et les divers réactifs qu'ils nécessitent.

1° ETUDE DE L'ŒIL DANS SON ENSEMBLE.

Conservation des pièces. — Les yeux énucléés sont d'abord lavés légèrement à l'aide d'un petit filet d'eau, afin de les dé-

barrasser du sang qui les souille, et placés immédiatement après dans le liquide de Muller avec un fragment de camphre. Cette petite précaution n'est pas tout à fait inutile ; en effet, le camphre retarde et empêche même l'apparition des champignons que l'on rencontre si souvent dans les bocaux contenant de vieilles préparations anatomiques. Quelques gouttes d'une solution concentrée d'acide phénique remplissent le même but. On peut, dans quelques cas, ajouter au liquide conservateur une petite quantité de glycérine ; les pièces par la suite deviennent moins friables et se prêtent mieux à la coupe : ceci est surtout vrai pour les tumeurs oculaires.

Le liquide de Muller doit être changé de temps en temps, surtout au début : nous le remplaçons deux ou trois fois dans la première semaine, et une fois ou deux la seconde, après quoi nous abandonnons l'œil au sein du liquide pour ne le changer que tous les mois.

Autrefois, nous sectionnions l'œil en deux parties, suivant l'équateur, pour permettre au liquide conservateur de pénétrer plus intimement les tissus. Nous avons abandonné cette méthode depuis que nous avons reconnu que l'imbibition des tissus était aussi parfaite sans la section, et que l'œil entier se laissait pénétrer par le liquide de Muller tout aussi facilement que dans le premier cas. De plus on évite ainsi certains petits inconvénients qui se produisent parfois dans la pratique, tels que l'écrasement ou la déformation du globe par la pression des doigts, malgré tous les soins employés, le décollement artificiel des membranes, qui se montre plus facilement aussi pendant la macération avec un œil préalablement sectionné.

Les yeux séjournent un temps variable dans le liquide conservateur ; mais jamais nous n'essayons d'en faire des préparations avant un mois ou six semaines. Nous avons, dans notre collection, des yeux qui macèrent dans le liquide de Muller depuis plus de deux ans et qui sont dans un état parfait de conservation. Comme nous l'avons dit en commençant, on doit dans ce cas changer le liquide de temps en temps, tous les mois, par exemple. L'emploi du liquide de Muller est préférable à celui de l'acide chromique ; il pénètre et imbibe plus

facilement les tissus. Celui dont nous nous servons est ainsi composé :

℥ Bichromate de potasse..	25
Sulfate de soude. . . .	10
Eau.	1000

Nous n'employons l'alcool que pour la conservation des petites tumeurs des paupières et de la conjonctive ; il a cet avantage qu'on peut faire aisément des préparations microscopiques au bout de deux à trois jours de macération, et dispense d'une attente de plusieurs semaines ; de plus, la coloration des pièces est plus prompte et plus facile. L'alcool employé est l'alcool à 36° Cartier (90° centésimaux). Au bout de deux jours, la pièce est d'ordinaire suffisamment dure pour la coupe, du moins lorsqu'elle est d'un petit volume. Si le durcissement n'est pas jugé convenable, et si on veut l'accélérer, on peut remplacer l'alcool à 30° par l'alcool absolu : quelques heures souvent sont suffisantes. L'alcool absolu ne doit pas être employé dès le début ; son emploi immédiat présenterait certains inconvénients (déformations des éléments, etc...).

Durcissement. — Les yeux, après un séjour plus ou moins prolongé dans le liquide de Muller, même fréquemment renouvelé, n'ont pas acquis, la plupart du temps, une dureté suffisante pour la coupe ; il est nécessaire de leur faire subir l'action de certains autres réactifs après les avoir sectionnés, avec le rasoir, et selon l'équateur, en deux segments. Avant tout, nous laissons dégorger dans l'eau, pendant vingt-quatre heures environ, le segment d'œil en préparation. Ceci a surtout pour but de permettre aux matières colorantes d'agir avec plus d'efficacité. Quant au durcissement, le procédé est le même ici que pour l'étude de tous les tissus en général : il consiste dans l'emploi de la gomme et de l'alcool, mais avec quelques modifications. La solution de gomme doit être faible ; pour pénétrer des couches aussi variables dans leur densité que celles de l'œil, il est nécessaire qu'elle soit très légère. Les pièces peuvent séjourner environ vingt-quatre heures dans

la solution gommeuse. Au sortir de ce bain, elles sont égouttées avec soin, afin d'enlever l'excès de gomme, et plongées dans l'alcool à 36° Cartier. L'œil doit séjourner environ douze heures dans l'alcool; mais cette règle n'a rien de fixe, et on doit subordonner le séjour de la pièce dans ce liquide à la marche et au degré du durcissement : dès qu'il est convenable, on doit la retirer et la soumettre à la coupe. De tous les organes, l'œil est celui qui demande le plus de surveillance : trop mou, il se prêterait mal à la coupe, et s'effriterait devant la pression du rasoir; trop dur, il provoquerait des inégalités dans la préparation par suite du ressaut de l'instrument, etc. Avec un œil bien durci et un bon rasoir, bien affilé, on ne peut manquer de faire de bonnes coupes.

Les tumeurs (paupière, conjonctive) qui auraient été conservées dans le liquide de Muller doivent séjourner, comme tous les tissus en général, vingt-quatre heures dans la solution de gomme, en consistance sirupeuse, et vingt-quatre heures dans l'alcool à 90° avant d'être coupées.

Nous nous sommes servi un certain nombre de fois d'un procédé allemand, qui consiste dans l'emploi de la *celloïdine*, matière jaunâtre, très dure, que l'on dissout dans des volumes égaux d'alcool absolu et d'éther, de façon à obtenir une solution de consistance sirupeuse. Voici, en quelques mots, ce procédé : au sortir du liquide de Muller, on fait séjourner la pièce dans de l'eau fréquemment renouvelée, pendant vingt quatre heures environ, afin d'enlever l'excès du liquide de Muller, de décolorer les tissus, et de rendre, par suite, l'action des réactifs colorants plus sensible. La pièce est ensuite séchée soigneusement à l'aide de papier à filtrer, puis plongée pendant vingt-quatre heures dans la solution de celloïdine en consistance sirupeuse. On façonne, avec du papier très fort, une petite boîte d'un volume un peu plus considérable que celui de la pièce en macération : celle-ci est déposée dans la petite boîte en question et recouverte de la solution de celloïdine. On expose à l'air pendant une demi-heure environ, après quoi on plonge le tout dans l'alcool à 80° pendant deux ou trois jours. Le papier est enlevé : les pièces sont alors englobées dans une masse de celloïdine solidifiée, facile à entamer avec le rasoir, et pouvant être montées directement dans

le microtome. On a ainsi l'avantage de pouvoir conserver presque indéfiniment les pièces dans l'alcool; elles sont toujours prêtes pour la coupe.

Comme on le voit, c'est à peu de chose près le procédé français du collodion. Je n'ai cité ce mode de durcissement que pour mémoire, et, pour ma part, je préfère revenir à l'ancien procédé (gomme et alcool).

Du montage des pièces dans le microtome. — Les yeux doivent être montés avec beaucoup de soin dans le microtome. Nous nous servons, pour cela, de moelle de sureau, préalablement bien décortiquée, et suffisamment molle. Le segment est entouré de moelle comprimée et introduit avec précaution dans le tube du microtome. C'est là une des opérations les plus délicates de cette technique spéciale; il faut avoir soin d'éviter, autant que possible, les déformations qui pourraient amener des déchirures, à un moment ou à un autre, ou des changements dans les rapports des différentes parties de l'organe. De plus, il faut faire en sorte que l'axe du nerf optique soit parallèle à la platine du microtome; une petite marque, de forme triangulaire, faite avec les ciseaux, servira à marquer sur la pièce la situation de la macula. Nous avons essayé, plusieurs fois, d'un procédé très commode en apparence, mais détestable au fond: de l'emploi de la paraffine fondue pour maintenir, en les englobant, les pièces dans le microtome. Nous y avons complètement renoncé: la paraffine s'infiltre entre les différentes couches, et, malgré un séjour prolongé dans l'eau, persiste à masquer certaines parties de la préparation. Le mieux est encore de revenir à l'ancien procédé.

Des coupes. — Celles-ci doivent être aussi fines que possible; il n'est pas nécessaire de le démontrer. Cependant, dans certains cas, lorsque, par exemple, on voudra avoir une vue d'ensemble, on pourra user de pièces d'une épaisseur un peu plus considérable. En effet, avec des couches d'une dureté et d'une résistance aussi variables que celles que présentent les membranes oculaires, il est bien difficile d'obtenir des préparations alliant une grande finesse avec des limites un peu étendues. On subordonnera donc l'épaisseur des préparations

au genre d'étude que l'on voudra en faire : sur les unes, on étudiera les détails des altérations pathologiques ; sur les autres, on observera les rapports de ces altérations d'une membrane avec celles des membranes et des milieux voisins.

Les coupes devront séjourner de six à douze heures dans l'eau pour se dégommer ; un séjour trop prolongé pourrait altérer certaines parties si délicates. Pour accélérer la dissolution de la gomme, et aussi pour faciliter le choix des préparations, il sera bon de partager les coupes dans un certain nombre de vases (assiettes ou cristallisoirs) qu'on aura soin de numérotter.

Coloration. — Lorsque l'on juge que les pièces sont suffisamment dégommées, on peut les placer sur des lamelles, en les y attirant petit à petit sous l'eau à l'aide d'une aiguille ou d'un pinceau, et faire agir sur elles une goutte ou deux de réactif colorant, après avoir enlevé l'eau en excès, au moyen d'un carré de papier à filtre. Dans presque tous les cas, quand il s'agit d'anatomie pathologique, on doit préférer le picro-carmin. Celui-ci doit être faible et colorer lentement : une coloration lente donne toujours de meilleurs résultats qu'une coloration trop rapide, et l'élection des couleurs se fait infiniment mieux dans le premier cas que dans le second.

Nous préparons nous-même un picro-carmin dont nous nous sommes toujours trouvé fort bien, et dont voici la formule :

Carmin, n° 40.....	6 grammes.
Ammoniaque.....	Q. s. p. diss. (av. lég. excès).
Eau.....	500 grammes.
Solution saturée d'acide picrique.	1000 —
Laisser le flacon à demi bouché.	

Nous préparons d'ordinaire notre réactif en assez grande quantité, et nous ne l'employons que longtemps après, de six mois à un an. Du reste, on doit le filtrer aussi souvent qu'il est nécessaire ; mais, en général, il dépose peu. Nous laissons agir d'ordinaire notre picro-carmin pendant dix ou douze heures (les lames sont placées dans une chambre humide, sur un tabouret de verre, pour éviter le dessèchement) ; l'élec-

tion des couleurs s'est toujours faite d'une manière satisfaisante.

Nous nous servons également, au laboratoire des Quinze-Vingts, d'un certain nombre d'autres réactifs colorants ; nous en parlerons à propos des cas particuliers.

Montage des pièces. — Lorsque la coloration est jugée bonne, le picro-carmin en excès est enlevé à l'aide d'un petit carré de papier à filtrer et placé sur un plan incliné afin d'aider à la capillarité ; enfin, la préparation est montée dans la glycérine acétique. L'addition d'acide acétique à la glycérine rend les éléments plus transparents ; elle condense, au contraire, la substance des noyaux et les rend par suite plus visibles.

Dans quelques cas, nous nous servons de baume de Canada desséché et dissous dans le chloroforme : nous en reparlerons plus loin. Toutes nos préparations sont lutées d'abord à la paraffine, puis recouvertes d'une dissolution de cire à cacheter fine dans l'alcool. Des préparations, ainsi formées avec soin, durent indéfiniment sans aucune altération. Nous avons renoncé à l'emploi du bitume de Judée et du *baume de Canada*, qui ne nous ont pas toujours contenté. (A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

REVUE DES JOURNAUX,

Par le D^r Duboys, chef de clinique.

Pathological Society of London (the Lancet, n° 16, oct. 1883, p. 684).

Tumeur congénitale de l'orbite, traduction par le D^r Duboys.

M. Geo. Lawson rapporte l'histoire d'un cas dans lequel il a enlevé l'œil d'un enfant, âgé seulement de deux jours, pour une tumeur congénitale de l'orbite, qui avait complètement poussé l'œil en avant entre les paupières.

Le petit patient fut admis au Royal hospital ophtalmique de Londres, en mai 1882, souffrant d'une exophtalmie complète, congénitale, et qui était due à une tumeur de l'orbite. M. Lawson enleva l'œil, et pendant quelque temps l'enfant alla bien. Il vécut jusqu'au milieu du mois d'août suivant, et resta en parfaite santé jusqu'au deuxième jour avant sa mort, où survinrent des convulsions, puis le coma.

L'examen *post mortem* et microscopique fut fait par M. Mills, et voici un abrégé de sa communication. On trouva une large tumeur projetée en avant et remplissant tout l'orbite droit. En ouvrant le crâne, toute la surface supérieure du cerveau et de ses membranes furent trouvées intactes. Sur la surface inférieure se trouvait une dépression très distincte dans le lobe droit moyen, produit par la projection de plusieurs kystes venant de l'os sphénoïde, et surtout beaucoup plus marquée à la base des méninges, qui confine surtout au côté droit. La tumeur, qui semblait être originaire du corps même de l'os sphénoïde, avait poussé en avant, en remplissant toute la cavité orbitaire, et en chassant l'œil devant elle. La tumeur était assez solide, mais contenait de nombreux kystes dans sa substance. Sous le microscope, on trouva que la tumeur consistait en plusieurs variétés de tissu à différentes phases de développement. Ce qu'il y avait de plus remarquable étaient de petites plaques de cartilage hyalin de forme sphérique ou oblongue, le plus souvent entourées par une zone de cellules allongées, avec une gradation distincte de cellules cartilagineuses. De nombreux kystes éparpillaient la tumeur de tous les côtés. Les parois de ces kystes étaient garnies d'épithélium pavimenteux, et par place on trouvait de petits kystes greffés sur les parois des plus grands.

La partie la plus solide de la tumeur consistait en masses de cellules rondes, comme celles du tissu embryonnaire, en cellules allongées, et en plus grande quantité en tissu fibreux. Sur plusieurs points

il était évident que l'on était en présence de la formation d'une structure glandulaire.

L'examen microscopique montrait donc que la tumeur était d'origine embryonnaire, avec tendance aux formes inférieures de tissu connectif et de structure glandulaire.

Le président dit que Virchow a décrit un cas à peu près semblable quelque part. Dans ce cas aussi, la tumeur était originaire de l'os sphénoïde, et était en grande partie kystique dans sa structure.

Société d'ophtalmologie du Royaume-Uni. (*The Lancet*, 20 oct. 1883, p. 688), traduction par le Dr Dubois. — Adresse du président. — Tubercule de la choroïde. — Tumeur de l'œil droit avec atrophie du nerf optique droit, et hémiplegie gauche. — Glaucome. — Cas d'hémiopie homonyme.

La Société se réunit pour la première fois, le 11, sous la présidence de M. Jonathan Hutchinson. Une copie des travaux de la Société, volume III, est déposée sur la table par le président.....

M. W.-H. Jessop montre une petite fille, âgée de 12 ans, dans la famille de laquelle il y eut des antécédents marqués de phthisie, et qui est elle-même en possession de tubercules des deux sommets, et surtout du droit. Dans l'œil gauche, vers la tache jaune, une tumeur ronde, blanche, brillante, mal limitée à la périphérie et faisant saillie d'un millimètre. Entre cette tumeur et le disque du nerf optique, il y avait environ huit petits points brillants. On regarde le cas comme un cas douteux de tubercule de la choroïde.

Le Dr J.-A. Ormerod présente un homme âgé de 44 ans, et qui est atteint d'hémiplegie gauche, et d'atrophie du nerf optique droit. Le premier symptôme se développa il y a quinze mois environ et le dernier apparut seulement dans le mois de mai dernier, sans avoir été précédé de névrite. Il y avait en outre, dans le globe droit, un petit soulèvement arrondi, qui décollait la rétine dans la partie supérieure et externe.

Le malade avait eu la syphilis il y a dix ans, mais n'avait ni maladie de cœur, ni albuminurie.

M. Nettleship pense que cette tumeur du globe droit, dans le cas du Dr Ormerod, était probablement due à un sarcome de la choroïde, avec détachement de la rétine.

M. Adams partage cette même manière de voir. Le cas est soumis à une commission, composée de MM. Nettleship, Adams et le Dr Ormerod, pour être l'objet d'un rapport spécial.

M. Frederick Mason, de Bath, montre un malade qui a été déjà l'objet d'une communication à la Société, en décembre 1881. Ce ma-

lade avait une tumeur située à la jonction de la cornée et de la sclérotique, qui n'a jamais repoussé depuis l'ablation.

M. Pigeon montre de la part du D^r Brailley un cas de glaucome de l'œil droit chez un garçon âgé de 14 ans, consécutif à un coup de bouchon d'une bouteille de limonade. Le cristallin n'était pas luxé ; mais quelques opacités apparurent trois semaines environ après l'accident. L'instillation d'ésérine amena une amélioration considérable dans la vision et diminua la tension du globe.

M. Nettleship rapporte l'observation d'un cas de cécité d'un œil avec hémianopie de l'autre, due à la compression d'une tumeur, située sur le nerf optique, sur le chiasma et toute la région du même côté que l'œil aveugle.

Cet homme vint pour la première fois consulter, en 1876, à l'âge de 30 ans. et pour un accident récent de l'œil gauche. Le nerf optique apparut légèrement atrophié, et un observateur plus ancien avait diagnostiqué une névrite. Consécutivement cet œil devint presque aveugle, le nerf étant atrophié, et le malade perdit la moitié droite du champ visuel de l'autre œil, avec aussi un commencement d'atrophie du nerf optique. L'hémianopie était nettement définie, et la limite passait à travers le point de fixation. Il survint aussi une paralysie de la troisième paire gauche. En même temps, un écoulement de mucus sanglant s'échappait de la narine gauche, d'une odeur désagréable ; il y avait une grande difficulté pour ouvrir la bouche et apparaissait une grosseur dans la bouche du même côté, qui paraissait provenir d'une tumeur située à la base du cerveau, qui contournaient le nerf optique, et s'était étendu en progressant sur le trajet et sur le nerf de la troisième paire lui-même du même côté. Cet homme mourut sept ans après avoir vu pour la première fois M. Nettleship, et l'on trouva une large tumeur, paraissant provenir du corps du sphénoïde, et comprimant, mais n'infiltrant pas, les parties mentionnées, comme le chiasma et le pont de Varole.

Le D^r Scharkey lit la relation d'un cas d'hémiopie homonyme, dû probablement à une lésion corticale. La malade était une femme, âgée de 51 ans, qui vint consulter M. Scharkey le 5 juillet 1883. La maladie actuelle avait commencé deux années et demie auparavant. La malade marchait à travers un champ de foin, quand elle vit pour la première fois une série de phénomènes exactement du même caractère.

L'ordre dans lequel ces attaques se produisirent fut le suivant : subitement apparut, dans l'œil droit, un jeu de toutes les couleurs de l'arc-en-ciel, tremblant et flottant devant elle. Le bras droit était convulsé, et l'avant-bras et la main étaient tournés en dedans. Bientôt la jambe droite s'étendit avec rigidité en arrière et en dehors, puis elle perdit connaissance et se mordit la langue. Elle demeura ainsi inconsciente des choses qui l'entouraient, et, quand elle reprit ses sens, elle trouva qu'elle avait une vive douleur sur le sommet de la tête et une faiblesse du bras droit, mais non de la jambe droite. De

plus, elle ne pouvait plus voir du côté droit sans tourner la tête dans cette direction. Elle n'eut la perte d'aucun sens, ni de la parole. Quand M. Scharkey la vit pour la première fois, elle avait un point douloureux sur le sommet de la tête en arrière, de 2 pouces de diamètre, qui était sensible à la percussion. Il y avait de la faiblesse du bras et de la main droite et une hémioptie latérale droite homonyme telle, qu'il reste une portion considérable de vision centrale normale de tous les côtés du point de fixation. La vision des couleurs était intacte, excepté dans les scotomes. Le Dr Scharkey pense que l'on doit établir le diagnostic d'une lésion de l'hémisphère gauche, affectant le centre cortical du bras et de son voisinage aussi sûrement qu'un diagnostic peut être fait quand il n'est pas soumis au contrôle de l'autopsie. La succession des phénomènes décrits plus haut présente le caractère typique et vivant des lésions corticales. Ferrier, depuis longtemps, a établi une relation entre chaque hémisphère et l'œil du côté opposé et a localisé le centre visuel dans le gyrus angulaire. Mais, depuis lors, Munk a prouvé par expérience que des lésions des autres parties produisent non l'amblyopie de l'œil opposé, mais de l'hémioptie homonyme. Le cas du Dr Scharkey montre que, dans ces conditions, la vision centrale peut ne pas être altérée. Ce cas prouve qu'il doit y avoir, à quelque distance, une séparation entre la zone, dans le cortex, qui reçoit les fibres périphériques des moitiés correspondantes de la rétine et celle qui reçoit les fibres centrales de la rétine. Les probabilités sont en faveur d'un centre visuel, ayant une large expansion de substance grise dans les parties postérieures de l'hémisphère, dans lequel est représentée séparément chaque partie de la rétine. Et probablement on trouvera une grande variété dans la forme des scotomes visuels dans l'hémioptie homonyme due à des lésions corticales. Dans le but de représenter l'état de nos connaissances, il faut faire au diagramme de Charcot une petite modification. Laisant dans son diagramme les fibres croisées comme représentant seulement les fibres centrales de chaque rétine, on doit ajouter quelque peu du voisinage du centre cortical, duquel partent les fibres périphériques correspondant à chaque moitié de la rétine. De ce centre part une ligne embrassant le nerf optique de son propre côté, et se bifurquant au chiasma; une portion des fibres passant à la périphérie de la moitié temporale de la rétine du même côté, et l'autre portion à la périphérie de la moitié nasale du côté opposé.

FONSECA. Observations de véritable anophtalmie bilatérale congénitale.
(*Revista de Ciencias medicas*, n° 19, octobre 1883, p. 581. Traduction par le Dr Duboy.)

L'absence complète des deux globes oculaires est relativement rare. On peut dire qu'après la cyclopie, ce défaut de conformation est un

des moins fréquents qui se présentent parmi toutes les altérations du globe oculaire.

On doit considérer trois espèces d'anophtalmie :

a. Existence d'un bulbe oculaire tout simplement rudimentaire visible, c'est-à-dire à découvert.

b. Un bulbe oculaire incomplètement développé et caché (cryptophthalmos).

c. Absence absolue du globe.

Comme raretés à ajouter à ces trois espèces, nous pouvons signaler de plus le développement complet, ou, *vice versa*, le défaut de développement des paupières.

Le cas dont nous allons nous occuper est un exemple de l'espèce c, c'est-à-dire de véritable anophtalmie.

Il existe dans la littérature un certain nombre d'observations de cette curiosité tératologique. Mackensie, Tenon, Wicherkiewicz, Galezowski, Hocquart, Bartscher, et beaucoup d'autres, rapportent des cas de ce genre, et parmi ceux-ci le Portugais J.-J. de Sant'Anna.

Parmi ces observations, celle de Bartscher, comme celle de Wicherkiewicz, sont pour nous indubitablement des observations d'absence absolue du globe oculaire ; quant à celles relatives au cryptophthalmos, soit que l'examen complet du malade n'ait pas été fait minutieusement par l'observateur, ou qu'on n'ait pas fait l'autopsie, elles laissent dans l'esprit du lecteur un doute sur la question de savoir si il y avait réellement anophtalmie. Voici le résumé du cas de Bartscher, conforme à la description des *Archives d'ophtalmologie* :

« Le malade mourut le sixième jour de sa naissance : bec-de-lièvre
« double, isolant une portion assez considérable entre les maxillaires,
« qui, sauf ses rapports avec les parties molles, adhérerait seule au
« vomer. La voûte palatine, fendue, était à peine indiquée. Six doigts ;
« testicules dans le canal ; paupières à contours bien limités et réunies par leurs bords libres jusqu'aux points lacrymaux. Orbita vide,
« existence d'un cul-de-sac conjonctival. Au lieu de la glande lacrymale, il y avait un tissu gras hypertrophié, mais sans trace d'acini.
« Pas de points lacrymaux. La dure-mère, pénétrant par le trou optique dans l'orbite, s'y terminait en cul-de-sac ; les nerfs optiques
« s'étendant jusqu'aux trous optiques. Dans le crâne, le moteur oculaire interne contournait le bord postérieur du pont de Varole, ne
« paraissant pas s'étendre jusqu'au voisinage du tissu caverneux. Le
« cerveau, l'appareil auditif et la moelle intacts. »

Voici le cas de Wicherkiewicz, de Posen :

« Malgré les plus minutieuses recherches, il ne fut pas possible
« de rencontrer le moindre vestige de l'existence de globe oculaire
« dans l'une et l'autre orbite. Elles présentaient une profondeur d'à
« peine un centimètre et étaient complètement couvertes par la conjon-

« jonctive. On remarquait bien le tissu profond de l'orbite; la conjonctive était un peu injectée et sécrétait du muco-pus, comme dans la blennorrhée. »

Notre cas d'anophtalmos est donc très probablement, sinon le troisième observé et publié, au moins un des plus rares connus jusqu'à ce jour.

Dans le courant de l'année, il nous fut présenté un enfant de 3 mois, du sexe masculin, aveugle de naissance, né au village de Anna de Hory (Figueiro dos Vinkos).

A l'examen de l'enfant, notre attention fut surtout attirée sur les paupières inférieures, fortement encapuchonnées, comme si elles étaient œdématisées, ni molles, ni dures, et non avec la coloration propre de la peau, mais violettes comme les ecchymoses.

Nous fîmes le diagnostic d'absence congénitale des deux globes oculaires, nous souvenant du dessin d'un individu porteur de cette anomalie que nous avions vu peu de temps auparavant dans un livre d'ophtalmologie. Et nous ne nous trompions pas dans le diagnostic, ce qui prouve que, dans les cas semblables au nôtre, il existe un faciès dénonciateur de cette anomalie.

Les parents et les ascendants étaient sains, forts et sans le moindre vice de conformation. Les parents n'étaient pas consanguins, et, de plus, étaient très jeunes (l'un et l'autre avaient 22 ans). Ils étaient mariés depuis un an.

Grossesse normale (neuf mois). Durée du travail, trois heures. Délivrance heureuse. Rien d'important pendant la grossesse.

Examen du malade. — Tête bien conformée; les orbites sont à peine excavées, mais tout à fait normales comme position. Dans les deux yeux, les paupières lisses, avec léger phimosis et entropion des paupières inférieures peu accentué, mais se présentant un peu grosses, proéminentes, violacées, en un mot, dans l'état décrit plus haut.

En ouvrant les paupières (ce qui n'était pas très difficile), l'aspect de l'orbite était exactement tel qu'il se présente après l'énucléation, quand on peut appliquer un œil artificiel d'un centimètre de profondeur vers le milieu, un peu plus ou moins, avec quatre ou cinq plis dans la partie la plus profonde, ressemblant parfaitement à des plis cicatriciels. Les fentes palpébrales avaient 15 millimètres de séparation.

Existence des points lacrymaux et de la glande lacrymale, ce qui démontre bien que l'appareil de la vision se développe indépendamment du globe oculaire.

Avait-il une caroncule ?

Un toucher plus parfait des orbites, fait avec l'extrémité du petit doigt, ne révélait pas la moindre trace d'existence d'un globe oculaire, encore incomplètement découvert.

L'ensemble de ces signes nous paraissant caractériser suffisamment l'anophtalmie, nous nous déterminons à ouvrir les culs-de-sac conjonctivaux.

A cet effet, on chloroforma l'enfant et, avec un bistouri, on incisa transversalement, d'une extrémité à l'autre, les deux culs-de-sac ; de cette manière, nous pûmes parfaitement, avec le petit doigt, pénétrer dans l'orbite et toucher dans toutes les directions.

Nous continuâmes de la même manière, avec une petite *pointe* et une pince à dissection, nous procurant ainsi la facilité de saisir une partie de la substance qui garnissait la cavité orbitaire, et que nous supposions devoir être un globe oculaire, en état primitif de formation.

Nous ne rencontrâmes que du tissu cellulo-adipeux.

On sait que l'absence de nez, de bouche et de voûte palatine sont des complications fréquentes dans les cas d'absence congénitale des globes oculaires, et que ces anomalies s'accompagnent souvent de l'existence d'un bec-de-lièvre, de l'absence de quelques doigts ou de la présence de doigts surnuméraires, le manque de main ou de pied, ou bien la mauvaise conformation, ou même la disparition des extrémités.

Notre malade n'offrait aucune de ces anomalies ; son développement physique était parfait, et toutes les fonctions se faisaient régulièrement.

GAYET. — Clinique ophtalmologique de Lyon. — D'une lésion congénitale de la rétine. — Est-ce une rétinite pigmentaire ? (*Archives d'ophtalmologie*, t. III, n° 5, p. 386.) — Gayet a observé, chez un malade qui présentait tous les signes de la rétinite pigmentaire : consanguinité, rétrécissement du champ visuel, dyschromatopsie, des symptômes ophtalmoscopiques tout différents de ceux qu'on observe ordinairement dans cette maladie. Chez ce malade, il trouva dans le champ ophtalmoscopique une multitude de taches blanches, depuis le pourtour de la papille jusqu'aux parties les plus périphériques, rondes, et se détachant bien, sur le fond rouge, brillantes, et semblables à de petits exsudats albuminuriques, et, avec cela, l'absence à tous les grossissements de tout déplacement, de toute accumulation pigmentaire anormale, et le passage de tous les vaisseaux propres de la rétine, en avant des taches.

L'auteur ne sait à quoi rattacher cette maladie, mais, d'après l'aspect des taches blanches qui ont tout à fait l'air d'exsudats qui auraient passé à la régression graisseuse, pense à un processus inflammatoire, en vertu duquel un élément nouveau d'aspect bleu nacré fut substitué au pigment cellulaire, et cela au début même de la formation de l'œil.

L'auteur supposait donc qu'on avait affaire à une variété curieuse et infiniment rare de rétinite pigmentaire, quand il pensa, pour éclaircir la question, d'examiner la sœur du malade, qui se plaignait de trouble de la vue.

L'examen ophtalmoscopique fit voir dans l'œil droit de petites taches blanches disséminées, en petite quantité, pareilles à celles de son frère, et, dans l'œil gauche, de petites taches semblables, mais avec des taches pigmentaires assez étendues, plus graves, plus superficielles et surtout plus déchiquetées, qui sont absolument celles de la rétinite pigmentaire. En présence de cette seconde observation, l'auteur conclut à une rétinite pigmentaire chez cette jeune fille, et pense que l'affection de son œil gauche sert de transition naturelle à la maladie des yeux de son frère. L'auteur pense, en outre, que le processus fondamental de la rétinite pigmentaire n'est pas constitué par le déplacement du pigment et par son départ dans la rétine sous une forme spéciale, mais par tout autre chose, et que la migration du pigment est une affaire contingente.

NICATI (de Marseille). — **Notes de chirurgie oculaire** (*Archives d'ophtalmologie*, t. III, n° 5, p. 395). — *Distichiasis. Trichiasis et entropion. Diagnostic différentiel et indications opératoires.* — Le terme de *distichiasis* doit être réservé aux seuls cas d'anomalie congénitale caractérisée par la présence d'une rangée surnuméraire de cils plantés à l'orifice des glandes de Meibomius.

Le *trichiasis* est la déviation des cils par destruction de la marge palpébrale, la marge étant la surface horizontale limitée en avant par l'arête ciliaire, en arrière par l'arête conjonctivale, immédiatement derrière les orifices des glandes de Meibomius.

L'*entropion* est la déviation des cils par renversement de la marge dont la cause principale est la rétraction cicatricielle de la conjonctive. Dans le trichiasis, la marge est détruite; dans l'entropion, au contraire, elle est intacte, mais se rapproche de la cornée. A chaque état particulier correspond un procédé opératoire :

« Le distichiasis, étant congénital, ne peut être guéri que par un procédé d'ablation des cils avec le tissu sur lequel ils sont implantés.

« Le trichiasis réclame une opération, que l'auteur appelle « marginoplastie », qui consiste à faire un lambeau du bord ciliaire, et à glisser à sa place une bande de peau prise au-dessous. Cette opération est le procédé de Spencer Watson, modifié par Gayet, et employé depuis 1879 par M. le Dr Fieuzalsous le nom de procédé en Z (1).

« L'entropion réclame plusieurs opérations : la résection du tarse (procédé de Streatfield-Snellen), quand l'affection est stationnaire. Quand au contraire, on craint de nouvelles atteintes de la maladie qui a déterminé l'entropion, on doit procéder à l'avancement du rele-

(1) Voir page 161.

veur, qui fixe l'arête inféro-antérieure du tarse, et dégage l'arête supérieure (procédé d'Anagnostaxis, modifié par Panas) ».

De l'excision fenêtrée de l'iris. — Quand l'iris a de la tendance aux enclavements, on provoque la hernie de l'iris par un peu de pression; puis, d'un coup de ciseau, on excise la première partie qui se présente et qui se trouve toujours être de la périphérie. L'iris est ensuite remise en place, et on a, près du bord cornéen, une petite fenêtre qui ne gêne pas et qui n'est pas apparente. Par ce procédé, dit l'auteur, on assure la réduction de l'iris dans tous les cas où l'iris tend à se présenter dans la plaie, malgré tous les efforts faits pour le réduire.

L'auteur a employé cette opération dans deux cas de glaucome, avec succès, et pense que cette opération, comme l'iridectomie, assure l'écoulement de l'humeur aqueuse de la chambre postérieure, dans les mêmes conditions que pour la chambre antérieure, c'est-à-dire par capillarité directe; elle maintient, par conséquent, l'équilibre de tension entre ces deux chambres; empêche les enclavements de l'iris.

L'intégrité du sphincter, même par cette opération, a, sur l'iridectomie, les avantages suivants : la réduction de l'iris est plus complète et plus facile; en tendant l'iris suivant son plan d'attache, elle dégage l'encogiture de la chambre antérieure, point essentiel pour assurer la filtration de la lymphe oculaire; conserve à l'œil les avantages esthétiques d'une pupille normale.

Procédés d'iridotomie. — Sous ce titre, l'auteur, après avoir passé en revue différents procédés d'iridotomie, pense qu'on doit procéder de la façon suivante : un couteau linéaire ou un sclérotome étroit est plongé à travers le bord de la cornée et de l'iris, suivant un plan méridien. On introduit les pinces-ciseaux, dont on laisse les branches s'écarter d'elles-mêmes à mesure qu'on avance, et l'on sectionne l'iris d'un seul coup. L'opération se fait aussi sans issue du corps vitré, et presque sans issue d'humeur aqueuse.

DIANOUX. *De la malaxation de l'œil après la sclérotomie* (*Archives d'ophtalmologie*, t. III, n° 5, p. 404). — Si après la sclérotomie, même pratiquée par les plus habiles, on n'obtient pas toujours le résultat attendu, ou tout au moins des effets transitoires, c'est que la cicatrice à filtration, but de la sclérotomie, ne se produit surtout que dans les cas où il y a excès de tension, car c'est par l'excès de pression qu'est due la cicatrisation isolée et l'indépendance des lèvres de la plaie. L'auteur pense donc qu'on doit employer, pour arriver au même but, l'excès de pression produit artificiellement, et propose la manœuvre suivante après la sclérotomie, qu'il appelle *malaxation de l'œil* :

« Dès le soir même de l'opération, en se plaçant en face de l'opéré,

il suffit d'exercer une série de pressions sur le globe de l'œil avec la pulpe des deux index, comme lorsqu'on interroge la tension intra-oculaire, pour disjoindre les lèvres agglutinées des plaies faites le matin, et même pour déterminer l'évacuation d'une partie de l'humeur aqueuse. On répète cette manœuvre matin et soir, pendant les cinq ou six premiers jours, et il suffit de faibles pressions pour voir sourdre, aux angles de la plaie scléroticale, le liquide de la chambre antérieure, sous forme de deux bosselures qui soulèvent de plus en plus la conjonctive, en raison directe avec l'intensité et la durée de la pression. Cette manœuvre est très bien supportée par les opérés. »

WARLOMONT. De l'hémorrhagie consécutive à l'extraction de la cataracte. (*Annales d'oculistique*, juillet-août 1883, p. 5.) — L'auteur nous rapporte l'observation d'une malade de 63 ans, jouissant d'une bonne santé, et ayant des cataractes séniles dont « rien, dans l'aspect extérieur, ne permettait d'en suspecter la parfaite simplicité ».

L'extraction de la cataracte, opérée par un petit lambeau inférieur avec iridectomie, avec tous les soins désirables, et sans la moindre issue du corps vitré, fut suivie au bout d'une demi-heure, la malade étant dans son lit, d'une hémorrhagie profonde qui nécessita l'énucléation immédiate de l'œil.

L'examen histologique pratiqué par M. le Dr Van Duyse, de Gand, quelques jours après, démontra que l'hémorrhagie était partie de la choroïde qui, d'interstitielle, était devenue rétro-choroïdienne et, après avoir décollé toute cette membrane, avait refoulé en avant le corps vitré et la rétine, puis le corps ciliaire.

Rien donc dans l'examen histologique ne fournissait de contre-indication appréciable à un traumatisme et on procéda, trois mois plus tard, à l'extraction, dans le second œil, par le procédé de Lebrun, c'est-à-dire un procédé à petit lambeau médian sans iridectomie.

Malgré tous les soins et toutes les précautions prises, sans que la malade ait fait le moindre effort, au bout d'une heure, après l'opération pratiquée dans les meilleures conditions, le sang teignait les pièces de l'appareil et le second œil subissait la triste destinée du premier.

L'auteur conclut qu'il existe certains yeux qui ne peuvent supporter l'éloignement du système cristallinien, sans que cette place soit occupée immédiatement par le corps vitré, propulsé en avant, mal suivi par la sclérotique, et qu'il en résulte des déchirures des vaisseaux, même les plus sains.

COURSSEANT. Du refroidissement brusque du globe oculaire comme cause d'abcès de la cornée. (*Gazette des hôpitaux*, n° 124, p. 986.) —

L'auteur, à propos de deux observations d'abcès de la cornée dus à des refroidissements brusques du globe oculaire, pense que le froid doit être invoqué assez souvent comme étiologie des abcès de la cornée, car le froid amène une anesthésie nerveuse et un arrêt dans la nutrition des éléments anatomiques, suffisants pour provoquer chez des sujets surmenés une inflammation rapidement purulente et nécrotique.

GALEZOWSKY. De l'action de l'acide borique porphyrisé dans les kératites herpétiques. (*Recueil d'ophtalmologie*, n° 10, octobre 1883.) — L'auteur considère l'acide borique porphyrisé, que l'on trouve dans les pharmacies sous le nom de poudre antiseptique d'Auby, comme un des moyens les plus efficaces dans le traitement des ulcères herpétiques de la cornée. On en fait pénétrer dans l'œil trois, quatre ou six fois par jour au moyen d'un pinceau sec, qui en est imprégné, et que l'on secoue devant l'œil ouvert.

L'auteur nous rapporte quatre observations d'ulcères cornéens, pris à des périodes très variées, à des degrés différents de leur évolution, guéris par cette méthode.

ESCALAÏS. Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés par l'acide phénique, thèse de Paris, juillet 1883. — L'auteur fait l'histoire et la critique des différents traitements institués contre l'ophtalmie des nouveau-nés. La découverte du micrococcus vaginalis dans le pus de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés donne naissance à l'emploi des antiseptiques comme traitement rationnel de cette affection.

L'acide phénique est entré dans le domaine de la thérapeutique oculaire en même temps que les autres antiseptiques, mais on ne l'employait en lavages, que comme complément des cautérisations. C'est à M. Fieuzal que revient le mérite d'avoir montré que l'acide phénique, employé seul, donnait d'aussi bons résultats que tous les traitements compliqués, proposés pour la cure de cette affection.

L'auteur rapporte dix-huit observations prises, soit dans le service de M. Pinard, soit à la clinique nationale des Quinze-Vingts, où les malades ont été traités par cette méthode exclusivement, et où les résultats ont été excellents, même entre des mains inexpérimentées.

Du rôle de la syphilis dans la cécité, par le Dr E. BINET, chef du laboratoire d'histologie à l'hospice national des Quinze-Vingts. Henry Rey, libraire, 12-14, rue Monsieur-le-Prince.

Dans sa thèse inaugurale, M. le Dr Binet étudie le rôle de la syphilis dans la cécité. Dans un premier chapitre, l'auteur entre dans des

considérations générales sur la syphilis de l'œil ; il montre par avance que les affections oculaires dépendant de la vérole ne présentent pas d'ordinaire des caractères très tranchés ; que les manifestations diverses, signes, symptômes et l'anatomie pathologique diffèrent peu de ce qu'ils sont dans les lésions ordinaires de l'œil ; que, cependant, la syphilis imprime à la maladie une manière d'être particulière, variable suivant les cas et les sujets et si peu marquée parfois, que le traitement seul vient révéler la véritable nature du mal. Les causes d'erreur de diagnostic sont nombreuses ici : en premier lieu, il faut citer le mauvais vouloir ou les dénégations du malade au sujet des accidents antérieurs ; à ce propos, l'auteur cite l'observation d'une femme qui prétendait avoir contracté la vérole en songe.

L'auteur passe ensuite en revue les affections syphilitiques des diverses membranes oculaires : le chancre induré de l'œil, la kératite parenchymateuse, l'iritis, la sclérotite, la choroïdite, les rétinites, les névrites et les névro-rétinites forment autant de chapitres intéressants. L'auteur étudie également les altérations du cristallin et du corps vitré, le décollement de la rétine, mais en les considérant simplement comme des complications d'affections beaucoup plus importantes. Vingt-sept observations viennent fournir des preuves irrécusables de la spécificité de la maladie. M. le Dr Binet termine par les conclusions suivantes :

La syphilis détermine des lésions oculaires graves pouvant amener la cécité : c'est une cause fréquente de la perte de la vision ; et cela à tout âge, dans l'enfance aussi bien que dans l'âge adulte.

Toutes les membranes de l'œil peuvent être atteintes de lésions spécifiques amenant la destruction de l'organe.

Le plus souvent, les lésions sont multiples ; elles restent rarement localisées à une seule membrane.

Les lésions oculaires de la syphilis sont le plus souvent indolentes et naissent à l'insu du malade ; exception est faite pour l'iritis.

Dans la majorité des cas, ce sont les choroïdites et les chorio-rétinites qui entraînent la perte de la vue.

L'ataxie se montre fréquemment chez les aveugles syphilitiques.

Le traitement spécifique, mixte, a une influence considérable sur les lésions oculaires de la syphilis ; la guérison est très fréquente.

BERNÈDE. — **Étude sur l'amaurose consécutive au traumatisme de la région préorbitaire.** (Thèse de Paris, juillet 1883.) — L'amaurose unilatérale, survenant à la suite d'un traumatisme de la région préorbitaire, reconnaît toujours pour cause médiate une fracture des os du sommet de l'orbite et, dans la grande majorité des cas, une esquille osseuse détachée par la fracture et comprimant le nerf optique, soit dans le canal optique, soit dans son trajet centro-orbitaire. Le mécanisme de la production de ces fractures et des esquilles peut être

interprété par le redressement et l'exagération des courbures. Dans une troisième partie, l'auteur passe en revue les causes de l'amaurose et examine les trois théories principales qui ont été émises et qui en expliquent les troubles de la vision : 1° par les causes cérébrales ; 2° par la commotion de la rétine et du nerf optique ; 3° par la lésion du trijumeau ; et n'admet que la compression directe du nerf optique par une esquille osseuse.

Selon que l'esquille blesse le nerf en arrière ou en avant du point d'entrée de l'artère centrale, c'est-à-dire suivant que la lésion a intéressé le nerf avant que celui-ci ait reçu les vaisseaux dans son centre, la papille garde son aspect normal, ou bien, dans le cas contraire, elle présente des signes de stase veineuse. Le pronostic est grave et elle se termine toujours par l'atrophie du nerf optique.

Don. — Héméralopie dépendant d'une forme atypique de rétinite.

(Archives d'ophtalmologie, T. III, n° 6, p. 481).

On a décrit, jusqu'à présent, l'héméralopie essentielle qui ne se rencontre que dans un organisme affaibli soit par la fatigue, soit par les privations prolongées, et l'héméralopie symptomatique de la rétinite pigmentaire, ou de certaines formes larvées où l'ophtalmoscope ne décèle aucune lésion.

L'auteur décrit une nouvelle forme pathologique pouvant avoir pour seul symptôme l'héméralopie type, l'héméralopie avec rétrécissement du champ visuel, surtout à un éclairage faible.

L'ophtalmoscope dévoile un reflet gris blanchâtre moins brillant, semblable au tapetum de quelques animaux. Cette teinte grisâtre recouvre tout le fond de la rétine presque jusqu'à l'équateur, où reparaît la teinte rouge. L'auteur se demande quelle est la nature de cette affection si rare, qui doit certainement appeler l'attention des médecins chargés de l'examen des recrues sur le signe caractéristique et positif que donne dans l'héméralopie, soit essentielle, soit accompagnée d'altérations rétinienne, l'examen du champ visuel pratiqué à un faible éclairage.

Le gérant : ÉMILE LECROSNIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LES TOMES I, II ET III.

Années 1883-1884-1885.

I. — Travaux originaux.

A

<i>Admission à la clinique</i> (Condition d'), t. I.....	15
— à la clinique d'un aveugle curable, t. I.....	8
— à l'hospice d'un aveugle incurable, t. I.....	6
<i>Amblyopie</i> syphilitique (Un cas d'), par Daguillon, t. III....	131
<i>Angiome caveux</i> (Contribution à l'étude de l'), par Campart, t. II.....	186
<i>Aniridie</i> congénitale double, par Bègue, t. III.....	54
— Luxation congénitale du cristallin, par Guiot, t. III....	246
<i>Aphakie</i> traumatique, par Saint-Martin, t. I.....	76
<i>Astigmatisme</i> myopique (Quatre cas d'), par Ferret, t. III....	47
<i>Atrophies</i> du nerf optique (Traitement des, par Bacchi, t. II..	119
<i>Atrophie</i> papillaire consécutive à un traumatisme de la région temporale, par Ferret, t. III.	187
— papillaire (Caractères cliniques de l') causée par l'intoxication alcoolique, par Ferret, t. III.	235
— progressive de la papille (Note sur une variété d'), par Ferret.....	189

B

<i>Blépharospasme</i> (Cautérisations ponctuées dans le), par Saint-Martin, t. II.....	86
--	----

C

<i>Carte statistique</i> pour l'année 1881, t. I.....	45
— pour l'année 1882, t. I.....	102

<i>Cataracte</i> molle (Note sur quatre cas de), par St-Martin, t. II.	138
— sénile (Du meilleur procédé d'extraction de la), par Fleuzal, t. III.....	81
<i>Cécité</i> (Contribution à l'étude de la), par Fleuzal, t. III.....	162
— (Prévention de la). Congrès de Haye; compte rendu par Fleuzal, t. II.....	97
<i>Chancres</i> indurés des paupières, par Campart, t. II, 87 et t. III....	48
<i>Chorio-rétinite</i> exsudative (Observ. de), par Campart, t. III.....	51
— spécifique (Observations de), par Campart, t. III.....	52 et 57
<i>Choroïde</i> (Déchirure de la), par Bègue, t. III.....	193
<i>Choroidite</i> aréolaire congénitale (Un cas de), par Ferret, t. III.	48
— disséminée (Contribution à l'étude de la), par Fleuzal, t. I.	59
<i>Clinique</i> ophtalmologique des Quinze-Vingts (Description de la), t. I.....	10
— Historique, t. I.....	3
— Organisation, t. I.....	16
— Plan, t. I.....	12
<i>Cocaine</i> (De la) en thérapeutique oculaire, par Fleuzal, t. II....	161
<i>Colobome</i> artificiel; atrophie progressive à la suite de certaines opérations de cataracte, par Fleuzal, t. II.....	29
<i>Congrès de la Haye</i> ; compte rendu par Fleuzal, t. II.....	97
<i>Corps étranger</i> de l'iris; extraction avec une pince aimantée, par Bègue, t. III.....	196
— du cristallin (Un cas de), par Bègue, t. III.....	53
<i>Corps vitré</i> (Recherches sur le), par Haensell, t. I, 162, t. II, 108 et 170, t. III, 18 177 et	226

<i>Cyclite</i> (Recherches sur la), par Haensell, t. II.....	94	<i>Kératome</i> (Trois cas de), par Daguiillon, t. III.....	133
D		L	
<i>Dacryoadénite</i> aiguë, par Ferret, t. III.....	112	<i>Lagophthalmos</i> paralytique chez les diabétiques, par Fieuzal, t. III.....	192
E		M	
<i>Episcléritis</i> spécifique (Un cas d') par Campart, t. III.....	50	<i>Membrane pupillaire</i> (Persistance de la), par St-Martin, t. II...	84
G		O	
<i>Gangrène</i> partielle de la paupière inférieure dans le cours d'une scarlatine, par Saint-Martin, t. II.....	144	<i>Ophthalmie</i> purulente des nouveau nés (Conseils aux mères dans le but de prévenir l'), Fieuzal, t. III.....	78
<i>Gomme</i> de la région ciliaire, par Campart, t. III.....	59	P	
<i>Gomme</i> de l'iris (Un cas de), par Campart, t. III.....	58	<i>Paralyse</i> de l'accommodation avec amblyopie de cause hystérique, par Duboy, t. I.....	123
H		— de la 4 ^e et de la 6 ^e paire; paralysie de la branche maxillaire supérieure du trijumeau (Un cas de), par Bègue, t. III...	195
<i>Hémiopie</i> temporale (Un cas d'), Bègue, t. III.....	55	— des sixièmes paires et des muscles ciliaires d'origine diphthéritique (Un cas de), par Bègue, t. III.....	194
<i>Hospice des Quinze-Vingts</i> (Renseignements sur l'), t. I.....	6	— faciale et gangrène de la paupière supérieure consécutivement à une rougeole, par St-Martin, t. II.....	145
<i>Hygiène</i> de la vue dans les écoles (Instructions pratiques), par Fieuzal, t. III.....	201	— précoce et isolée de l'accommodation dans un cas d'ataxie, par Gand, t. III.....	245
<i>Hypopion</i> (Sur une forme particulière d') liée à la cyclite rhumatismale, par Ferret, t. III.	242	<i>Paralysies</i> oculaires, par Duboy, t. I.....	121
I		<i>Paupières</i> (Maladies des), par Fieuzal, t. I.....	154
<i>Iodoforme</i> (De l') dans le traitement de certaines affections oculaires, par Saint-Martin, t. I, 69 et t. II.....	80	<i>Phlegmon</i> de la paupière supérieure déterminé par la pénétration d'un corps étranger, par Saint-Martin, t. II.....	87
— en oculistique (De l'emploi de l'), par Fieuzal, t. I.....	84	— gangreneux de la paupière supérieure, consécutivement à un traumatisme, par Saint-Martin, t. II.....	146
<i>Iridectomie</i> (De l') dans les iritis à rechute, par St-Martin, t. I..	131	<i>Phthisie</i> du globe, consécutive à l'implantation d'un corps étranger, par St-Martin, t. II.....	86
<i>Iritis</i> récidivante et iritis à rechute, par Fieuzal, t. I.....	129	— essentielle du globe (Note sur un cas de), par Ferret, t. III.	237
— rhumatismale (Note sur l'), par Ferret, t. II.....	135	R	
— (Obs. d') chez un rhumatisant syphilitique, par Ferret, t. III.	244	<i>Rétine</i> (Détachement de la) avec déchirure de la choroïde, par Campart, t. III.....	50
K		— (La) et les maladies du cœur, par Daguiillon, t. III.....	123
<i>Kératite</i> à hypopion (Etude sur la), par St-Martin, t. I.....	168	<i>Rétinite</i> pigmentaire (Contribu-	
— d'Hutchinson (Note sur la), par Ferret, t. II..	139		
— ponctuée (Trois cas de), par Ferret, t. III.....	340		
— vésiculeuse (Etude sur la), par Ferret, t. II.....	181		
— vésiculeuse (Trois observations de), par Ferret, t. III.....	187		

tion à l'étude de la), par Ferret, t. III.....	32	de la), par Haensell, t. II....	23
— hémorragiques avec uri- nes normales. Observations, par Campart, t. II.....	39	— (Note sur une manifestation précoce de la), par Ferret, t. III.....	117
S		— précoce des membranes profon- des de l'œil, par Bacchi, t. III.....	40
<i>Sarcome de la choroïde</i> (Examen histologique d'un), par Binet, t. II.....	22	T	
— de la choroïde (Iritis sympto- matique d'un), iridectomie, névro- tomie, énucléation, par Fieuzal, t. II.....	19	<i>Tubercules de l'iris</i> , par Binet, t. I.	119
<i>Staphylôme pellucide</i> (Contribu- tion à l'étude du), par Da- guillon, t. II.....	60	<i>Tuberculose oculaire</i> (Contribution à l'étude de la), par Fieuzal, t. I.	105
<i>Statistique pour l'année 1881</i> , t. I.	21	<i>Technique microscopique de l'œil</i> , par Binet, t. I.	181
— pour l'année 1882, t. I.....	88	— par Haensell, t. III.....	226
— pour l'année 1883, t. II.....	1	V	
— pour l'année 1884, t. III.....	1	<i>Verres colorés en hygiène oculai-</i> — jaunes (Spectre des), t. III... 146	
— (Énumération sommaire) pour le premier semestre de 1884, t. II.....	9	re, par Fieuzal, t. III.....	145
— pour le 3 ^e trimestre de 1884, t. II.	160	<i>Voies lacrymales</i> (Considérations pratiques sur les maladies des), par Fieuzal, t. II.....	59
— — 4 ^e — de 1884, t. II.	216	X	
— — 1 ^{er} — de 1885, t. III.	80	<i>Xanthélasma</i> chez une femme atteinte de coliques hépatiques, par Saint-Martin, t. I.....	77
— — 2 ^e — de 1885, t. III.	144		
— — 3 ^e — de 1885, t. III.	200		
— — 4 ^e — de 1885, t. III.	258		
<i>Synchisis étincelant</i> (Trois cas de), par Ferret, t. III.....	120		
<i>Syphilis</i> (Lésions expérimentales)			

II. — Bibliographie.

A		par Gayet, t. II.....	158
<i>Accouchement prématuré</i> pour la prévention de la cécité, par Lorin, t. I.....	150	<i>Angiome caverneux</i> (A propos de deux nouvelles observations d'), par Panas, t. I.....	80
<i>Acide borique</i> porphyrisé dans les kératites herpétiques, par Ga- lezowsky, t. I.....	198	<i>Anisométrie</i> (Contribution à l'é- tude de l'), par Leduc, t. I....	85
<i>Acide phénique</i> dans le traitement des affections oculaires à forme sécrétante, t. II.....	152	<i>Anophtalmie bilatérale congéni- tale</i> (Observation de véritable), par Fonseca, t. I.....	191
<i>Amaurose</i> (Étude sur l) consécu- tive aux traumatismes de la région préorbitaire, par Ber- nède, t. I.....	199	<i>Astigmomètre</i> de de Wecker et Mas- selon (Modifications apportées à l'), t. I.	79
<i>Amputation</i> du segment antérieur de l'œil comme traitement des accidents sympathiques oculai- res, par Sabaterie, t. I.....	84	B	
<i>Anesthésie</i> (De l') en oculistique,		<i>Bromure d'éthyle</i> (Anesthésie par le), par Julian, J. Chisolm, t. I.....	149

		(Diagnostic différentiel et indications opératoires), par Nicati, t. I.....	195
		E	
<i>Cataracte</i> (Extraction linéaire inférieure de la) avec sa capsule, par Castorani, t. III.....	70		
— chez les diabétiques (De l'opération de la), par Lévisse, t. I..	83	<i>Eclairage</i> sur l'acuité visuelle (Influence de l'), par Charpentier, t. I.....	81
— d'un seul côté avec anomalie des os du même côté, par Hense, d'Elberfeld, t. II.....	44	<i>Elongation</i> (De l') et de l'arrachement du nerf nasal, par Abadie, t. I.....	114
— (Extraction de la); retour à la méthode de Daviel, par Chavernac, t. I.....	79	— du nerf nasal externe, par Badal, t. I.....	143
<i>Cautérisation</i> ignée (Traitement de quelques maladies des yeux par la), par Letellier, t. II.....	154	— du nerf nasal externe dans le traitement du glaucome, par Troussseau, t. I.....	84
— palpébrale chez les granuleux, par Véron, t. I.....	146	<i>Exophtalmos</i> pulsatile, par Adams Forst, t. III.....	196
<i>Cécité</i> (Causes et prévention de la), par Fuchs, t. III.....	148		
<i>Chorio-rétinite</i> double (Coïncidence de) et d'anciennes lésions ganglionnaires, par Gayet, t. I..	79	G	
<i>Choroidite</i> (Cas de) métastatique après extraction d'une molaire, par Dimmer, t. II.....	158	<i>Glaucome</i> consécutif à un traumatisme, par Bralley, t. I.....	189
— centrale avec vision normale, par Nettleship, t. III.....	69	— (Quelques mots sur le), par Wagner, t. II.....	42
<i>Choromatoptométrie</i> (Table) de Bull, t. II.....	47	<i>Gliôme</i> des deux rétines, par Bralley, t. III.....	143
<i>Cicatrices</i> cystoïdes (Traitement des) par Story, t. II.....	207	<i>Goitre</i> exophtalmique chez l'homme, par Daubresse, t. I.....	147
<i>Ciliaires</i> (Les nerfs) dans certaines maladies des yeux, par Bralley, t. III.....	141	<i>Gomme</i> intra-oculaire, par Sp. Watson, t. III.....	143
<i>Cocaine</i> (Action mydriatique de la) par Jessop, t. III.....	257	<i>Goutte</i> (Relations entre certaines maladies des yeux et la), par Hutchinson, t. III.....	69
— (Sur l'action combinée de la), et de l'atropine dans l'iritis, par Jessop, t. III.....	257		
<i>Conjonctivite</i> diphthéritique (Contribution à l'étude de la), par Potu, t. I.....	148	H	
— d'origine sympathique, par Bralley, t. II.....	204	<i>Héméralopie</i> dépendant d'une forme atypique de rétinite, par Dor, t. I.....	200
— granuleuse aiguë (Essai sur le traitement de la), par Collache, t. I.....	157	<i>Hémianopie</i> gauche binoculaire avec autopsie et examen microscopique, par Linnel, t. I..	86
— purulente grave (Traitement de la), par Pechin, t. I.....	83	<i>Hémiopie</i> homonyme, par Nettleship, t. I.....	189
<i>Cristallin</i> (Le) à l'état pathologique, par Hocquard et Masson, t. I.....	81	<i>Hémorragie</i> consécutive à l'extraction de la cataracte, par Warlomont, t. I.....	197
— (Luxation spontanée du) et glaucome consécutif, par Manfredi, t. II.....	208	— dans la gaine du nerf optique, par Quarry Silcock, t. II.....	203
<i>Cysticerque</i> du corps vitré, par Lagleyze, t. III.....	143	<i>Hyoscinum hydrojolatium</i> , par Emmert, t. II.....	157
		I	
D		<i>Inflammation</i> du tissu cellulaire de l'orbite, par Critchett, t. III..	257
<i>Décollement</i> de la rétine (Traitement du), par Grossmann, t. I..	82	<i>Iris</i> (Anatomie de l'), par Fuchs, t. III.....	247
— (Traitement du) par l'iridectomie, par Dransart, t. I.....	143	<i>Iridectomie</i> (Technique de l'), par Wicherkiewicz, t. I.....	87
<i>Distichiasis</i> , trichiasis et entropion		J	
		<i>Jéquirity</i> (De l'emploi clinique du), par de Wecker, t. I.....	143

<i>Jéquirity</i> (Recherches cliniques et expérimentales sur le), par Guaita, t. III.....	77	<i>Perception des couleurs à la périphérie de la rétine</i> , par Charpentier, t. I.....	86
— par Warlomont, t. I.....	79	<i>Polycorie</i> (Un cas de), par Higgins, t. III.....	256
K		<i>Pseudogliome</i> , par Jones, t. II....	204
<i>Kératite en bandelette</i> (De la), par Grouff, t. I.....	85	<i>Pupile</i> (Malformations de la), par Beavor, t. II.....	204
L		Q	
<i>Lumière électrique</i> (Influence de la) sur l'œil humain, par Mauthner, t. III.....	74	<i>Quinine</i> (Cécité causée par la), par Grunerring, t. I.....	86
— et la chaleur comme causes de maladies chez les verriers, par Lefranc, t. I.....	184	R	
M		<i>Refroidissement brusque du globe oculaire</i> comme cause d'abcès de la cornée, par Coursse-rant, t. I.....	197
<i>Malaxation de l'œil après la sclérotomie</i> (Étude clinique sur la) par Dianoux, t. I.....	196	<i>Rétinite</i> causée par l'observation directe d'une éclipse (Quatre cas de), par Sulzer, t. II.....	45
<i>Maturation artificielle de la cataracte</i> , par de Lapersonne, t. I.....	148	S	
<i>Microphthalmus double</i> (Transmission directe d'un), par Mayerhausen, t. II.....	195	<i>Sarcome ciliaire</i> , par Grossmann, t. I.....	82
<i>Migraine ophtalmique</i> (Étude clinique sur la), par Raullet, t. I..	147	— de la paupière, par Landolt, t. I..	114
<i>Migraine</i> (Rapports de la) avec l'astigmatisme, par Hewitson, t. III.....	142	— de l'iris, par Little, t. III.....	197
N		<i>Scemish</i> (Opération de), par Véron, t. I.....	116
<i>Névro-rétinite</i> causée par la chlorose, par Mackenzie, t. III....	142	<i>Spasme des muscles de la face et cataracte</i> dus à l'irritation des dents, par Snell, t. II.....	94
<i>Nystagmus</i> des mineurs (Causes du), par Siméon Snell, t. III..	137	<i>Stase papillaire aiguë</i> (Considérations sur une forme mal définie de), par Jannin, t. I.....	146
O		<i>Strabisme divergent secondaire</i> (Opération pour la correction du), par Tweedy, t. I.....	91
<i>Ophtalmie des nouveau-nés</i> par l'acide phénique (Traitement de l'), par Escalaïs, t. I.....	158	— (Indications précises de l'opération du), par Hock, t. II....	43
— réflexe, par Hutchinson, t. III..	142	— monolatéral excessif (De la correction du), par Abadie, t. I..	145
— sympathique (Sur l'), par Power, t. III	256	<i>Synéchiés antérieures</i> (Traitement des), par Walker, t. III.....	70
<i>Ophtalmométrie</i> (Troisième contribution à l'étude de l'), par Javal, t. I.....	78	<i>Syphilis</i> (Du rôle de la) dans la cécité, par Binet, t. I.....	195
P		T	
<i>Paralysie de certains muscles oculaires</i> après la diphthérie, par Benson, t. III.....	198	<i>Tache jaune</i> (Trois cas de changement singulier dans la), par Warren-Tay, t. II.....	203
— de la convergence et de l'accommodation, par Eales, t. II..	207	<i>Ténionite</i> (De la), par Panas, t. I..	145
— récurrente de la III ^e paire, par Siméon Snell, t. III.....	141	<i>Tension oculaire</i> dans les races blanche, métisse, noire et indigène, par Moura-Brazil, t. I....	80
— simultanée des deux moteurs oculaires communs par nictisme, par Fontan, t. I.....	149	<i>Trachome</i> (Recherches anatomopathologiques sur le), par Raehimann, t. III.....	75
		<i>Tumeur congénitale de l'orbite</i> , par Lawson, t. I.....	188
		— de l'œil avec atrophie du nerf optique, par Ormerod, t. I....	187

<i>Tumeur de l'orbite (Myopie causée par une), par Wherry, t. III</i>	69	<i>Jeszof, t. I</i>	189
<i>— pulsatile suivie de guérison, par Gayet, t. I</i>	78	<i>Tuberculose oculaire (Etude sur la), par Remy, t. I</i>	84
<i>Tumeurs malignes de l'œil chez les enfants (Contribution à l'étude des), par Papillan, t. I</i>	84	V	
<i>Tubercules de la choroïde, par</i>		<i>Verres périscopiques et cônes de Steinheil, par Badal, t. I</i>	78

Le gérant : ÉMILE LECROSNIER.





4
80

